FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1877 — THÈSE — N° 1

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 4 janvier 1878, à 1 h.

PAR AUGUSTE BECQUEMBOIS,

Né à Epernon (Eure-et-Loir), le 6 décembre 1851.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

DES CAUSES DE LA MORT CHEZ LES CANCÉREUX

Président de la Thèse : M. VERNEUIL, *professeur.*

Juges : MM. TRÉLAT, *professeur.*
TERRIER, B. ANGER, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.

1877

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen .... M. VULPIAN.

Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	TRELAT. GUYON.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	PARROT.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.). LASEGUE. HARDY. POTAIN.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	BALL.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM. ANGER.	MM. CHANTREUIL.	MM. FERNET.	MM. MARCHAND.
BERGER.	CHARPENTIER.	GAY.	MONOD.
BERGERON.	DELENS.	GRANCHER.	OLLIVIER.
BOUCHARD.	DIEULAFOY.	HAYEM.	POZZI.
BOUCHARDAT.	DUGUET.	DE LANESSAN.	RIGAL.
BOURGOIN.	DUVAL.	LANCEREAUX.	TERRIER.
CADIAT.	FARABEUF.	LEGROUX.	

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

	MM.
Cours clinique des maladies de la peau	N.
— des maladies des enfants	N.
— de l'ophthalmologie	PANAS.
— des maladies des voies urinaires	N.
— des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Chef des travaux anatomiques	Marc SEE.

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié,
Membre de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS
ET PARTICULIÈREMENT

MM. LES DOCTEURS A. PROUST, L. LABBÉ,
CHAUFFARD, GUENEAU DE MUSSY, TH. ANGER

DES CAUSES

DE LA

MORT CHEZ LES CANCÉREUX

> Si desint vires tamen est laudanda voluntas.
> OVIDE.

AVANT-PROPOS.

Du 1er janvier 1809 au 10 avril 1876, il est mort, à l'hôpital Saint-Antoine, 43,778 malades; sur ces 43,778 décès, nous trouvons, d'après notre statistique, qu'il y en eut 1747 produits par des tumeurs cancéreuses diverses, ce qui nous donne une proportion de 3,99, ou en chiffres ronds, 4 morts de cancers sur 100 décès en général. Ce chiffre énorme est encore bien inférieur à ce qu'il devrait être, si l'on songe aux difficultés innombrables qu'éprouvent ces malheureux à se faire admettre dans les services hospitaliers, où les chefs de service ont déjà tant de peines à recevoir toutes les affections aiguës, sans encore encombrer leurs services d'affections aussi longues. Une autre cause d'erreur, et qui tendrait encore à augmenter la proportion déjà si forte des individus atteints de cancers, est la difficulté de diagnostiquer

certaines tumeurs internes qui n'ont pu être constatées qu'à l'autopsie, et qui, par conséquent, n'ont pas été portées sur les feuilles de statistique.

En présence d'un nombre aussi considérable de décès produits par la diathèse cancéreuse, nous avons pensé qu'il serait intéressant de rechercher les diverses manières dont pouvaient mourir les individus atteints de carcinômes. Déjà, en 1874, alors que nous étions externe de M. le professeur Verneuil, nous l'avions entendu exprimer le désir que ce travail fût fait, et, chaque fois que l'occasion s'en présentait, il ne manquait pas, dans sa clinique, de nous faire remarquer les différents modes de terminaison du cancer. La tâche est difficile, nous ne nous le dissimulons pas, et plusieurs fois avant de l'entreprendre nous avons reculé, et maintenant même que notre travail est terminé, nous sommes certain d'être resté très-inférieur à la tâche que nous nous sommes imposée, malgré tous les efforts que nous avons faits. On y trouvera des omissions à coup sûr, peut-être même des erreurs, mais pour faire un travail qui répondît au titre de notre thèse, il fallait une expérience, un savoir, une érudition qui nous manquent; aussi notre seul but a été d'appeler l'attention sur des faits que nous n'avons trouvé consignés dans aucun ouvrage classique, nous avons voulu ouvrir un nouveau chapitre à la pathologie générale, laissant à d'autres, plus expérimentés, le soin de le traiter :

Si desint vires tamen est laudanda voluntas.

Si les forces nous manquent pour mener à bien cet ouvrage, nous espérons qu'il nous sera tenu compte de nos recherches et de nos efforts.

La science, comme l'a dit Lebert, est loin d'avoir dit son dernier mot sur ce fléau de l'humanité ; en face donc de cette maladie cruelle et implacable nos efforts doivent toujours tendre à arracher le plus de victimes à la souffrance et à la mort, et, c'est en étudiant la mort, ou plutôt le mécanisme qui la produit, que l'on pourra peut-être un jour prolonger la vie de ces malheureux.

Dans l'introduction de son Traité pratique des maladies cancéreuses, le même auteur dit en commençant : « Une maladie aussi meurtrière et pourtant aussi commune que le cancer, devait attirer l'attention des médecins dès la fondation scientifique de l'art de guérir. En effet, les ouvrages les plus anciens nous font clairement apercevoir que les maladies cancéreuses étaient non-seulement connues dès les temps les plus reculés, mais qu'on en avait compris toute la gravité. » Cependant, si les plus illustres médecins depuis Hippocrate jusqu'à nos jours ont écrit sur le cancer, son étiologie, ses divisions, sa curabilité, pas un n'a cherché à expliquer le mécanisme de la mort, et il faut arriver jusqu'à Cruveilhier (Anatomie pathologique, t. V, p. 229) pour trouver quelque chose sur le sujet qui nous occupe, lorsqu'il dit : « Il est des encéphaloïdes qu'on pourrait appeler hémorrhagiques tant ils sont sujets aux épanchements de sang, ce sont les encéphaloïdes les plus mous, les plus vasculaires, les plus pénétrés de suc cancéreux. » Et plus loin, page 281, lorsqu'il parle des embolies cancéreuses, observation de Hérard, à Lariboisière.

M. Broca (dans son Traité des tumeurs) reste à peu près silencieux sur ce sujet ; cependant, il cite des cas de mort par hémorrhagie et un cas de mort par gan-

grène, que l'on trouvera relaté dans le cours de cet ouvrage.

Feltz (dans son Traité des embolies capillaires, 1868; Strasbourg) étudie bien les embolies cancéreuses, mais à part ces quelques points, nul auteur n'a traité ce sujet. Ceux qui ont écrit sur des cancers en particulier, ne se sont point occupés de cette question; cependant, en réunissant les documents épars dans les auteurs, à l'aide de nos propres observations, et grâce surtout à l'extrême obligeance de M. le professeur Verneuil, nous espérons montrer les diverses terminaisons de cette maladie si redoutable.

Nous aurons soin, dans un chapitre spécial, à la fin de cet ouvrage, d'indiquer toutes les sources où nous aurons puisé des renseignements, et, chemin faisant, nous nommerons les auteurs chaque fois que l'occasion s'en présentera.

Nous n'avons point, dans ce travail, à nous occuper du cancer, de son étiologie, de sa classification; cependant, qu'il nous soit permis d'en dire ici quelques mots, pour qu'on sache bien ce que nous entendons par cancer, et de quels genres de tumeurs nous nous occuperons.

Il est aussi difficile de définir le cancer que de le guérir, disait Richerand, et cette phrase décourageante est toujours vraie. Cependant, ici c'est à un point de vue clinique que nous nous plaçons, et dès lors tout se simplifie.

Le cancer, dit M. Heurteaux (Nouvean dictionnaire de médecine), est une maladie chronique qui débute sous forme de bouton, de plaque ou de tumeur, qui s'accroît

graduellement, ne rétrograde jamais, offre une tendance manifeste à l'ulcération, envahit tous les tissus sans distinction, qui, enfin, réagit sur la santé générale et finit par entraîner la mort.

Cette définition, ou si l'on aime mieux cette description, est la seule possible dans l'état actuel de la science. On lui reprochera certainement de grouper, à côté les unes des autres, des tumeurs essentiellement différentes par leur structure anatomique, de mettre en regard, par exemple, le squirrhe et l'épithélioma; mais qu'y pouvons-nous? Est-ce notre faute si la clinique montre des analogies là où l'anatomie ne voit que des différences.

D'après cette définition donc, nous nous occuperons également de la mort produite par les cancers squirrheux, encéphaloïde, mélanique, colloïde, épithélial, etc. C'est ainsi, du reste, que Velpeau l'entendait (Mémoire sur les altérations du sang dans les humeurs cancéreuses).

Maintenant que nous avons dit le but de notre travail, il nous reste à en indiquer le plan. Mais quelle division adopter? La chose n'est point aisée. Devons-nous suivre dans cette étude l'ordre anatomique, c'est-à-dire prendre chaque organe, chaque appareil particulier, examiner les cancers qui peuvent l'affliger, et étudier leur terminaison? En agissant ainsi, nous nous exposerions à chaque pas à des redites. Devons-nous, d'après l'ensemble de ce travail, prendre les différentes terminaisons du cancer et en faire autant de chapitres particuliers; ou devons-nous, comme nous l'a indiqué M. Verneuil, étudier la mort suivant qu'elle est produite par des accidents généraux, par des accidents à distance, ou par des accidents locaux? C'est à cette dernière division que

nous nous rallions ; elle est plus philosophique et nous laisse, du reste, la latitude de faire toutes les subdivisions qui nous seront nécessaires.

Ainsi donc, dans un premier chapitre, nous étudierons la mort due à des accidents généraux, comme cachexie, généralisation, etc.

Dans un deuxième chapitre, nous traiterons des accidents à distance.

Enfin, les accidents locaux feront le sujet de notre troisième grande division.

Un dernier chapitre sera consacré à quelques réflexions générales, et nous terminerons ce travail par l'index bibliographique.

En terminant ce chapitre nous devons dire que, dans ce travail, nous n'entendons en aucune façon nous occuper de la terminaison du cancer, suite d'opération. La mort étant, dans ce cas, produite par un traumatisme ou par les complications de ce traumatisme : érysipèle, infection purulente, suppuration, etc., et non le fait du cancer.

CHAPITRE PREMIER.

ACCIDENTS GÉNÉRAUX.

Les accidents généraux, qui commencent cette étude, sont des plus importants à étudier ; ce sont eux qui sont la cause, de beaucoup la plus fréquente, de la mort chez les cancéreux, soit par la déchéance vitale qu'ils impriment à l'économie entière, soit par les phénomènes d'infection, de généralisation qu'ils présentent, soit que leur

action se porte sur un organe dont la libre fonction est indispensable à la vie, ou dont la lésion entraîne des accidents mortels, soit enfin qu'ils agissent par une véritable intoxication. Nous nous expliquons : Il est un accident que l'on rencontre chez tous les cancéreux à un degré plus ou moins avancé, et qui est la cause de la mort chez ces malheureux, à moins que d'autres accidents plus aigus ne viennent hâter leur fin : c'est la *cachexie;* un autre accident, qui arrive aussi très-fréquemment, est la *généralisation*, c'est-à-dire la propagation du cancer à d'autres organes plus ou moins éloignés par infection de l'économie, et qui arrive dans plus de la moitié des cas, dans les trois cinquièmes des cas d'après Lebert. Que cette généralisation s'effectue dans un organe nécessaire à la vie, dans le poumon, par exemple, et la mort arrivera rapidement par la gêne apportée à l'hématose ; que cette généralisation, au contraire, s'effectue, non dans un organe indispensable à l'entretien de la vie, mais dans un tissu très-vasculaire, comme le péritoine, les méninges, et la mort sera encore hâtée par les phénomènes morbides qui s'en suivront : péritonite, méningite. Que la tumeur agisse comme cause mécanique, qu'elle comprime les uretères, et nous aurons les terribles phénomènes de l'urémie ; qu'elle comprime un vaisseau, une veine, et nous aurons la stase veineuse, la phlegmatia alba dolens ; dans le réseau vasculaire de la veine comprimée, si c'est une veine importante qui ramène tout le sang d'un membre, l'on comprend sans peine quelles en seront les conséquences. Enfin, comme dernière cause, viennent les maladies intercurrentes qui hâtent la fin de ces malheureux.

§ I. — *De la cachexie.*

La cachexie, κακὴ ἕξις, désigne simplement un mauvais état du corps, c'est un état morbide variable produit par les maladies chroniques et caractérisé par une altération profonde de la nutrition par suite de lésions portant à la fois sur la texture des principaux organes et sur la composition du sang. Il n'y a pas, dit Maurice Raynaud, un état cachectique unique et toujours identique à lui-même, terminant d'une manière uniforme les maladies chroniques, sorte de vestibule de la mort, où viendraient s'entasser pêle-mêle toutes les affections qui, après avoir miné lentement l'organisme, sont enfin parvenues aux phases ultimes de leur évolution. Il n'y a pas, en un mot, quelque chose que l'on puisse appeler cachexie, mais il y a des *cachexies*, chacune fait partie intégrante d'une maladie dont elle constitue à vrai dire une période. Ici, bien entendu, nous allons nous occuper de la cachexie cancéreuse.

Le caractère qui frappe le premier, c'est une modification profonde dans la coloration de la peau. La teinte est tantôt celle de la décoloration purement anémique, pâleur manifeste, lorsque de grandes pertes sanguines ont précédé la mort; tantôt la teinte est d'un blanc jaunâtre, que l'on a désigné sous le nom de jaune-paille. Cette coloration jaune-paille de la peau paraît due à une altération particulière et inconnue du sang. On a pensé que cette altération était due à la matière colorante de la bile qui se déposait dans la couche superficielle du derme (Broca). La physionomie exprime la souffrance ou tout

au moins la tristesse ou l'abattement; il y a une émaciation progressive; après la fonte du tissu cellulo-adipeux vient celle des masses musculaires elles-mêmes, cependant cet état de maigreur extrême peut être masqué, dans bon nombre de cas, par des infiltrations séreuses, qui se font sentir surtout aux extrémités; parfois, ces hydropisies généralisées s'expliquent tout naturellement par un obstacle mécanique à la circulation veineuse, ou par d'abondantes déperditions d'albumine qui se font par les reins altérés dans leur structure. Mais, indépendamment de ces circonstances spéciales, l'œdème a une grande tendance à se produire, probablement sous l'influence d'une véritable désalbumination du sang. La fièvre, qui peut manquer jusqu'à la fin, revêt, lorsqu'elle existe, les caractères de l'hecticité, avec le type rémittent ou intermittent à paroxysmes vespéraux. Les fonctions du tube digestif s'altèrent presque invariablement, l'appétit est quelquefois conservé au début et fait un singulier contraste avec la rapidité du dépérissement, mais il ne tarde pas à faire place à une anorexie plus ou moins invincible; bientôt se manifestent des alternatives de diarrhée et de constipation, ou une véritable lientérie qui dénote la paresse fonctionnelle de l'intestin; en dernier lieu apparaît une diarrhée colliquative, qui, souvent consécutive à l'état cachectique, devient à son tour une cause puissante de détérioration. A ce moment apparaissent des sueurs profuses ou froides et visqueuses, quelquefois elles se suppriment; la peau est alors sèche, rude, et sans souplesse; les sécrétions buccales se tarissent, ce qui rend l'haleine plus ou moins fétide; les urines, diversement modifiées dans leur composition,

sont presque toujours diminuées en quantité. L'intelligence reste intacte, à la fin seulement elle s'obscurcit s'embarrasse dans des rêvasseries opiniâtres, c'est le commencement de l'agonie qui vient terminer ce triste tableau.

Comme caractères accessoires il y a des hémorrhagies, du purpura, du saignement des gencives, des thromboses veineuses des gangrènes, des érysipèles de mauvaise nature, de l'erythema læve, de l'ectyma cachecticum; on observe encore la perte du système pileux, la facilité avec laquelle les surfaces se laissent envahir par les parasites, le muguet qui est produit par l'acidité de la bouche.

Voilà les principaux phénomènes cachectiques que l'on observe pendant la vie; voyons maintenant l'état des organes après la mort.

La masse du sang est ordinairement en petite quantité en comparaison de celui des cadavres qui meurent dans un bon état de nutrition, il est liquide ou mollement coagulé, n'offrant guère dans le cœur que des caillots denses et fibrineux que nous observons si souvent en d'autres circonstances; le sang est pauvre en globules, riche en eau. Le chiffre des globules, d'après Andral (*Hémathologie pathologique*, Paris, 1843, p. 145), peut descendre de 127 à 21.

La proportion de fibrine ne lui a pas paru modifiée sensensiblement par le seul fait du cancer, mais lorsqu'il existe une lésion inflammatoire accompagnée de fièvre, le chiffre de la fibrine s'élève quelquefois, et même d'une manière notable; il peut diminuer au contraire chez certains cancéreux épuisés par des hémorrhagies, ou chez

ceux dont les fonctions digestives sont directement compromises par le siége spécial de la tumeur.

La quantité d'albumine dissoute dans le sérum du sang paraît diminuée en même temps que les globules ; cet état du sang explique la tendance aux hydropisies qui se manifeste chez beaucoup de cancéreux.

L'augmentation des globules blancs est quelquefois très-prononcée.

On trouve souvent dans plusieurs parties du système veineux, et surtout dans les veines des membres, des coagulations spontanées, caillots très-adhérents aux parois épaissies des vaisseaux et qui constituent ce qu'on a appelé la phlébite adhésive, dont la conséquence est l'œdème partiel du membre, dû souvent aussi à la compression simple des veines par les tumeurs cancéreuses, sans qu'il y ait oblitération de leur calibre. L'infiltration, plus générale, est aussi ordinairement en rapport avec la compression veineuse; c'est ainsi que le cancer du foie provoque fréquemment l'ascite, tandis que le cancer des glandes lymphatiques du bassin ou des ovaires provoquent l'œdème des membres inférieurs.

Les muscles sont très-amaigris, mous et faciles à rompre, les os également sont très-amincis et beaucoup plus faciles à fracturer qu'à l'état normal, et souvent on observe des fractures spontanées ou provoquées par le simple mouvement, le simple attouchement.

Les organes parenchymateux contenus dans les cavités viscérales ont subi des modifications de texture très-importantes; c'est ainsi que le foie, les reins subissent la dégénérescence amyloïde, la dégénérescence graisseuse. Le cœur est souvent d'une mollesse, d'une peti-

tesse, d'une flaccidité remarquables. Enfin il n'est pas rare, à l'autopsie, de trouver des pneumonies, des pleurésies, des tubercules, des cavernes, sans que des dépôts secondaires dans la poitrine aient pu les motiver.

Cet état cachectique, comme nous l'avons dit en commençant, est due aux troubles de la nutrition produits par bien des causes. Que le tube digestif, en un point quelconque de son étendue, soit affecté d'un cancer, et la gêne apportée par ce néoplasme sera une cause puissante de détérioration pour l'organisme; qu'un malade soit épuisé par des pertes sanguines insuffisantes pour amener brusquement la mort, par une suppuration longtemps prolongée d'un ulcère cancéreux, et nous le verrons tomber bientôt dans le marasme; enfin l'existence de la diathèse cancéreuse par le seul fait de l'infection de l'économie le fera bientôt tomber dans cet état.

Nous aurons donc une cachexie due au mauvais état général, une cachexie famélique, une cachexie hectique.

Nous donnerons quelques observations pour prouver notre dire.

Observation I (personnelle).

Malade âgé de 60 ans, entré le 13 février 1874 à la salle Saint-Antoine.

Cet individu était d'une bonne santé habituelle; il n'avait jamais été malade avant l'invasion de l'affection qui l'amène dans notre service; ses parents se sont toujours bien portés et sont morts dans une grande vieillesse, mais le malade ne peut nous dire de quelle maladie.

Il y a sept ans, ce malade s'aperçut qu'il perdait l'appétit et qu'il avait de fréquentes nausées après ses repas, que ses digestions étaient pénibles et douloureuses, qu'il avait une constriction à l'épigastre pendant la durée de la digestion. Peu de temps après il se mit à vomir. A ce moment il ne pouvait plus rien supporter, ni aliments solides ni boissons, et il ressentait dans la région épigastrique des douleurs aiguës intermittentes, rongeantes; tous les matins il expectorait en grande abondance des liquides glaireux. Jamais il n'a vomi de sang pur, mais il a remarqué dans les matières qu'il vomissait quelque chose de ressemblant à de la suie délayée dans de l'eau, à du marc de café ; il n'a pas fait attention si ses selles renfermaient des matières semblables. Un peu plus tard ces vomissements se calmèrent un peu, le malade ne vomit plus que deux ou trois fois par semaine ; mais, chose bizarre, ces vomissements survenaient la nuit. Il ne suivit pas de traitement pendant environ deux ans, après quoi il fut mis au régime lacté par un médecin qu'il alla consulter, mais les vomissements ne furent guère calmés. Pendant ce temps, le malade perdait peu à peu ses forces, maigrissait beaucoup, cependant les vomissements diminuaient de fréquence ; il était quelquefois des mois sans vomir, puis les vomissements reprenaient, puis cessaient, etc.; constipation habituelle.

Il entra dans le service le 13 février 1874. A notre entrée dans le service, le 1er janvier 1875, nous le trouvons dans l'état suivant : Le malade est dans un état profond de cachexie, il est très-amaigri et a le teint jaune-paille, terreux, caractéristique du cancer. Peau chaude, sèche et rude, pouls à peu près normal, température assez élevée. On sent très-distinctement une tumeur assez volumineuse, aplatie au niveau du pylore, l'estomac est distendu, succussion hypogastrique. Douleurs lancinantes et parfois térébrantes dans la région épigastrique, exagérées par la pression. Il y a quatre ou cinq mois qu'il ne vomit plus qu'à de rares intervalles. Il ne boit que du bouillon et du lait, quelquefois un peu de vin coupé, il mange un peu de pain et de fromage, il ne peut supporter aucun autre aliment ; il mange très-peu, mais a une soif que rien ne peut apaiser. — Pas d'œdème. Depuis neuf mois, on lui fait une injection hypodermique de 5 centigrammes de chlorhydrate de morphine.

5 février. — Le malade éprouve une grande difficulté pour uriner, le lobe moyen de la prostate est très-hypertrophié ; urine

rare, rouge, chargée de sels et de mucus, ni sucre ni albumine, langue belle, quoique le malade vienne de vomir le lait qu'il a pris. La température est à peu près normale le matin, le soir elle est assez élevée et atteint près de 39°. Le malade est très-faible.

Mort le 8 février, après un peu de délire.

Autopsie. — On trouve dans le thorax des fausses membranes qui relient intimement la plèvre pariétale à la plèvre viscérale, et les traces d'une bronchite chronique.

Le cœur est petit, mou et flasque.

L'estomac est considérablement distendu par du liquide ; en l'ouvrant on voit que sa petite courbure, surtout du côté du pylore, est très-épaissie. L'orifice du pylore est considérablement diminuée, à peine pourrait-elle livrer passage à un crayon, la grande courbure est aussi épaissie à ce niveau, ainsi que le duodénum.

Le foie et les reins ont subi la dégénérescence graisseuse, la prostate est hypertrophiée ; on ne trouve dans aucun organe la trace de généralisation.

Cet individu est donc mort par le fait de son cancer, sans aucune complication intercurrente, avec tous les signes de la cachexie famélique.

Observation II (Personnelle).

Cordier (Marguerite), 53 ans, brunisseuse, entrée le 22 juin 1875, salle Sainte-Jeanne, lit n° 6, service de M. Proust, Saint-Antoine.

Cette femme fut réglée pour la première fois à l'âge de 16 ans, et le fut bien régulièrement depuis cette époque, jusqu'en 1870. Mais, depuis lors, elle a perdu continuellement, tantôt plus, tantôt moins, en blanc ou en rose ; maintenant elle perd encore de temps en temps. Elle eut trois enfants ; la dernière de ses couches eut lieu en 1849, alors qu'elle avait 27 ans. Les deux premières furent bonnes, mais la dernière le fut moins, elle resta trois mois malades et eut une tumeur dans le flanc gauche qui s'ouvrit dans le rectum.

Cette femme est malade, à proprement parler, depuis le mois d'avril 1875 ; à ce moment, elle ressentit de violentes douleurs dans le bas-ventre et eut des vomissements fréquents renfermant

un peu de sang, ces vomissements avaient lieu après le repas et les suivaient de près.

Tout le corps présente une teinte anémique très-accusée; on trouve un œdème considérable de la moitié inférieure du corps et des parois abdominales sans ascite apparent. L'abdomen est météorisé et sonore à la percussion. Le tronc est le siége d'une déformation assez bizarre, outre une scoliose très-accusée à concavité droite et vers la partie inférieure de la région dorsale, la colonne vertébrale semble se bifurquer, et il existe deux rangées de saillies assez considérables. La colonne vertébrale se continue manifestement avec la jetée qui se dirige à droite, la série épineuse qui descend à gauche semble plutôt formée par une articulation vicieuse des côtes ou une torsion des apophyses transverses. La date de cette difformité est assez vague, treize ou quatorze ans; à la suite d'efforts, la déformation s'est faite graduellement. Il n'existe aucune trace d'abcès à l'extérieur. Les articulations sterno-costales sont volumineuses, mais il n'existe pas d'autre lésion osseuse.

Au toucher vaginal on trouve la paroi antérieure du vagin très-dure, le col de l'utérus paraît sain, mais dans le cul-de-sac gauche, on trouve une tumeur dure, arrondie qui n'est sensible qu'à une pression soutenue ; l'odeur rapportée est infecte et le doigt est couvert de quelques gouttes de sang.

Il y a deux mois au moins qu'elle ne marche plus, mais elle n'a jamais eu de douleurs dans les membres inférieurs ; la sensibilité est conservée, de même que les phénomènes réflexes.

On pense à un cancer du corps de l'utérus.

Morte deux jours après son entrée dans le service.

Autopsie trente-six heures après la mort. — Le cadavre de cette malheureuse a un singulier aspect, qui fait un contraste frappant. Tandis que la tête et les parois thoraciques sont dans un état d'amaigrissement extrême, la moitié inférieure est très-grosse, très-œdématiée, surtout du côté gauche.

A l'ouverture de la cage thoracique, on constate l'existence de fausses membranes récentes à gauche sans épanchement notable ; on ne trouve rien dans la plèvre droite, les deux poumons sont œdématiés, surtout le gauche.

Le cœur est mou et flasque et a subi une dégénérescence graisseuse assez avancée.

Le foie est un peu gras, on trouve dans son épaisseur et dans

ses parties plus superficielles, un grand nombre de noyaux cancéreux de grosseur variable, depuis une petite lentille jusqu'à une petite noix.

Estomac sain.

Le pancréas offre des altérations très-curieuses. La tête du pancréas a subi la dégénérescence cancéreuse, et la queue présente un abcès à pus très-fétide, de la grosseur d'une petite pomme d'api.

Le péritoine est rouge, injecté, gluant, point de pus, point de liquide ascitique, le péritoine pariétal est très-adhérent au péritoine viscéral, surtout à gauche. Le mésentère est hypérémié, plusieurs ganglions mésentériques ont subi la dégénérescence cancéreuse. L'intestin grêle adhère en plusieurs endroits au petit bassin ; dans ces points l'on trouve des noyaux cancéreux. La colonne vertébrale est aussi atteinte par la propagation, et sous la dernière dorsale on trouve un noyau cancéreux presque complètement vidé.

La rate est hypertrophiée, mais ne présente rien de remarquable.

Les reins ont subi une dilatation assez remarquable, leur tissu est pâle, mais n'a subi aucune altération. Les bassinets sont dilatés, surtout le droit, et à la section des uretères, il s'échappe une certaine quantité d'urine que l'on peut évaluer à 25 ou 30 grammes pour le bassinet droit, et à 15 où 20 grammes pour le bassinet gauch

La vessie est soulevée par une masse dure de la grosseur d'un enfant d'un an environ, et adhère fortement à l'utérus. Au-dessous de la vessie nous trouvons l'utérus et ses dépendances intimement unis avec le tissu cellulaire environnant, les ganglions et l'S iliaque. L'utérus a environ le volume du poing, il est squirrheux, la cavité utérine est presque effacée; le col est sain.

La paroi antérieure du vagin est très-épaissie et squirrheuse.

Rectum sain, les os du bassin le sont également.

Dans cette observation complexe nous n'hésitons pas à rapporter la mort de cette malheureuse femme à la cachexie, produite par des pertes répétées, la pleurésie n'y est pour rien, puisque l'unique jour où nous ayons pu

la voir dans le service, la respiration nous parut normale.

De cette observation, qu'il nous soit permis de faire une réflexion : coïncidence d'une pleurésie avec le cancer du corps de l'utérus. Nous avons, en effet, presque toujours trouvé les deux affections unies chez les malades chez qui nous avons pu voir le cancer du corps.

Observation III.

(Feltz. Traité des embolies capillaires, page 151).

Infarctus du foie. — Cancer du cardia et du foie. — Végétation de la tumeur dans les veines coronaires de l'estomac. — Transport des fragments dans la veine porte.

Le nommé A V..., journalier, 53 ans, entre à la Clinique le 22 mars 1867. La maladie qui l'amène à l'hôpital date de deux mois. Depuis cette époque perte de l'appétit, sensation douloureuse à l'épigastre surtout après les ingestions d'aliment. Pas d'autres symptômes du côté du tube digestif, pas de vomissements ou du moins le malade n'en signale qu'un seul survenu le matin, il y a 2 mois, lequel aurait présenté de l'aigreur. Très-sujet à la constipation, faiblesse générale déjà fort avancée.

Etat actuel. — Pas de fièvre, amaigrissement notable, anémie très-prononcée mais pas encore dans le marasme, langue normale; douleur vive à la région xyphoïdienne surtout à la pression. Cette douleur assez nettement circonscrite diminue d'intensité lorsqu'on détourne l'attention du malade. Les hypochondres ne sont pas douloureux. Estomac médiocrement distendu, la palpation ne démontre aucune tumeur épigastrique, la percussion ne donne que de la sonorité ; digestions difficiles et douloureuses, pas de vomissements, constipation. Le foie dépasse d'un travers de doigt les fausses côtes ; on diagnostique dyspepsie.

Le 1er avril. Le malade ne tolère aucun aliment solide, ils lui causent d'atroces douleurs, ce qui fait supposer un point rétréci à l'entrée de l'estomac.

Jusqu'au mois de mai l'état reste le même, sauf l'amaigrissement de jour en jour plus considérable et des signes de marasme ; le teint devient cachectique jaune-paille et le diagnostic de tumeur carcinomateuse au cardia devient de plus en plus probable.

Le 1er août. Pas de tumeur à l'épigastre, le foie dépasse le rebord des fausses côtes de deux travers de doigt, la région épigastrique est toujours très-douloureuse, la déglutition des aliments solides se fait mais incomplètement, le malade accuse presque immédiatement après leur ingestion de douleurs très-vives à l'épigastre et fait des efforts pour vomir; les signes de cachexie sont très-apparents; il y a surtout un œdème considérable du pied gauche. Diagnostic, tumeur du cardia non encore ramolli.

Du 1er au 15 septembre la douleur va en s'augmentant, le marasme s'accentue tous les jours davantage, enfin le malade meurt pour ainsi dire d'inanition ne pouvant presque plus rien avaler.

Autopsie. — Cœur et poumons sains..... Le 1/3 inférieur de l'œsophage se trouve malade et induré. Au niveau du cardia existe une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule qui englobe cet orifice et se continue avec l'induration de l'œsophage. L'estomac occupe sa position normale; il n'est ni trop grand ni rétracté outre mesure, on y pénètre par l'œsophage avec le petit doigt; l'œsophage est induré dans une étendue de 3 à 4 centimètres, rétréci à ce même niveau, la tumeur qui occupe le cardia siége dans les parois mêmes de l'œsophage, elle est donc circulaire.

Le foie est augmenté de volume et parsemé de noyaux cancéreux, les uns sont petits comme des lentilles et des haricots, les autres ont le volume d'une noix. Il adhère à la paroi de l'estomac au moyen de fausses membranes très-épaisses qui circonscrivent une collection liquide se sentant parfaitement sous le doigt, l'incision en fait sortir du pus bien lié.

Alors nous retirons les pièces de l'abdomen, nous ouvrons l'estomac par la grande courbure, la muqueuse est boursouflée, ramollie, faisant corps avec la tumeur sous-jacente qui est très-molle sur certains points, très-dure sur d'autres.

Nous ouvrons la veine porte et nous découvrons que les noyaux cancéreux du foie siégent toujours au voisinage des subdivisions de ce vaisseau. Quelques-uns font paroi, le vaisseau étant ulcéré, d'autres proéminent dans son intérieur. L'examen des radicules de cette veine nous montre en différents points des caillots rouges puis des amas blancs panachés qui renferment des fuseaux semblables à ceux des tumeurs du foie et de l'estomac. Dans plusieurs divisions de la veine porte nous trouvons des fragments cancéreux reconnaissables même à l'œil nu et libres d'adhérence aux parois..... En suivant la veine porte dans ses veines radiculaires de l'estomac

nous trouvons plusieurs veinules qui s'y rendent obstruées plus ou moins par des masses cancéreuses; une de ces veines est suivie jusque dans l'intérieur de la tumeur de l'estomac.

Les autres organes renfermés dans l'abdomen sont sains.

Cette observation est encore un exemple de la cachexie famélique; mais si nous l'avons citée, c'est pour montrer un des modes de propagation du cancer par les vaisseaux sanguins.

Observation IV (Personnelle).

Homme entré le 7 avril 1875, au pavillon 5, à Saint-Antoine, service de M. Proust.

Orfèvre. Pas d'accidents de famille, s'est toujours bien porté jusqu'à ces derniers temps. Il y a cinq mois qu'a débuté la maladie pour laquelle il entre à l'hôpital. Début brusque, ictère survenu rapidement après un refroidissement? Depuis ce temps les forces ont beaucoup diminué, la maigreur est devenue très-grande et l'ictère n'a pas disparu.

A son entrée nous constatons un ictère généralisé. Tous les téguments présentent une coloration jaune vert foncé et sont le siége de démangeaisons très-vives troublant le sommeil du malade. Amaigrissement très-prononcé, pas d'œdème. Ventre assez volumineux avec développement notable des veines sous-cutanées. Le ventre est sonore partout, il est assez dépressible et n'est douloureux à la pression que dans la région hépatique, pas trace d'ascite. — Le foie est très-volumineux, la matité s'étend du mamelon jusqu'à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes; par la palpation on sent très-nettement, à la limite de la matité, le bord antérieur du foie. Sur la ligne médiane où l'on a sous la main une certaine étendue de la face supérieure de l'organe, on le trouve dur, inégal, mamelonné, pas de douleurs spontanées, sensibilité assez grande à la pression.

Pas de troubles digestifs, l'appétit sans être bien grand a toujours été régulier. Digestions faciles, pas de vomissements, pas de diarrhée, matières décolorées.

Le 1er mai. Depuis quelques jours le malade est très-affaibli,

peut à peine se retourner dans son lit, maigreur extrême, il mange à peine quelques cuillerées de potage et mouche continuellement du sang. Rien dans la poitrine. Le malade ne vomit pas. L'ictère est encore plus foncé si c'est possible, le foie est plus volumineux qu'à l'entrée — pas d'ascite, un peu d'œdème des deux pieds.

Le 8. L'état général s'aggrave de plus en plus, l'amaigrissement est considérable — pas de vomissements, mais avec une diarrhée continuelle, épreintes et ténesme anal.

Les selles sont très-fréquentes, peu abondantes, formées de glaires sanguinolentes. Les autres symptômes persistent.

Le 12. Le malade s'affaiblit de plus en plus; épistaxis continuelles, dysentérie persistante; même état du ventre en plus cependant un peu de matité dans les deux flancs, léger ascite.

Meurt le 15.

Autopsie. — Les deux poumons sont parsemés de petits noyaux cancéreux du volume d'un pois à une lentille. — Cœur sain. Foie très-volumineux recouvert de marrons cancéreux tellement abondants, qu'en certains points ces tumeurs laissent à peine entre elles une étroite bande de tissu hépatique. A la coupe on retrouve ces noyaux partout. La vésicule biliaire renferme une petite quantité de mucus épais grisâtre.

La rate a son volume normal, elle renferme beaucoup de grains calcaires du volume d'un pois.

Dans les quinze derniers centimètres du rectum, nombreuses érosions tout à fait superficielles.

Cette observation est un très-bel exemple de cachexie rapide survenue par une véritable intoxication du sang, comme l'indique les épistaxis répétés et la lientérie.

Nous pourrions multiplier les exemples à l'infini, mais nous pensons en avoir écrit assez pour expliquer ce que nous avons dit en commençant ce chapitre. Du reste la plupart des observations qui suivent en seront la preuve, car il est bien difficile d'isoler les mécanismes de la mort, et souvent nous les trouvons confondus ensemble.

§ II. — *De la généralisation.*

Aucune lésion, dit Cruveilher dans son *Anatomie pathologique*, ne jouit à un aussi haut degré que le cancer de la propriété d'envahissement : envahissement par les lymphatiques, envahissement par les vaisseaux veineux, envahissement par infection générale. Cet envahissement se fait partout, aucun organe, aucun tissu n'est à l'abri, même le système aortique. Voici ce que dit Feltz à ce sujet : « Quant à la généralisation des tumeurs malignes par embolies capillaires dans le système aortique, nous n'avons pu l'établir expérimentalement, les observations cliniques nous font également défaut. Toutefois nous croyons que l'on peut admettre ici ce que nous avons établi par des faits positifs à propos des embolies de la circulation pulmonaire. » Du reste Pelletier (*Bulletin de la Société anatomique*, t. VIII, p. 60) admet qu'on en a vu dans le cœur gauche, quoiqu'il veuille prétendre que le cancer intravasculaire n'ait été observé que dans le système à sang noir : « Il n'est pas exact de dire que les cancers intravasculaires se présentent indifféremment dans tous les vaisseaux, ils ont pour siége à peu près exclusif la cavité des vaisseaux à sang noir, et jusqu'ici on ne les a jamais trouvés dans les artères aortiques, quoiqu'on en ait vu une fois dans le cœur gauche. »

Mais comment se fait cette généralisation ? Lorsqu'une tumeur existe, elle est alimentée par les vaisseaux sanguins comme tous les tissus normaux Or le cancer est un organe de nouvelle formation ; dans les échanges nutritifs les éléments de la tumeur rejettent une substance

nuisible qui est prise par les vaisseaux veineux et lymphatiques. La tumeur est donc un premier foyer d'infection, mais les faits de généralisation sont rares par les veines, ils ont lieu par les vaisseaux lymphatiques dont l'existence dans les tumeurs cancéreuses a été démontrée, en 1842, par Schrœder van der Kolk; de plus, on a trouvé les vaisseaux lymphatiques pleins de la même matière. On est donc autorisé à admettre que les ganglions reçoivent directement la matière cancéreuse par les lymphatiques. C'est d'abord le ganglion le plus voisin de la tumeur qui se prend, puis viennent les ganglions plus éloignés. Lorsque la chaîne ganglionnaire étendue de la tumeur aux parties centrales du système lymphatique est envahie par la matière cancéreuse, celle-ci arrive au sang par deux voies, celle des lymphatiques et celle des veines.

Par ce mécanisme, la récidive, après une opération chirurgicale, est des plus faciles à comprendre. On enlève une tumeur maligne en ménageant les tissus voisins. La tumeur récidive sur place, parce qu'il reste quelques nodosités infiltrées dans les tissus voisins; lorsqu'il se développe des tumeurs intérieures ou que la récidive se produit loin du foyer primitif, c'est que la matière concéreuse a été déposée par la circulation dans les points où les tumeurs secondaires ont pris naissance.

La généralisation est une des causes les plus fréquentes de la mort chez les cancéreux, et le mécanisme qui la produit est très-variable. Tantôt, comme on a pu le voir par la lecture de notre deuxième observation, elle est une cause très-puissante de la cachexie et lui vient en

aide pour hâter la fin de la triste vie du malheureux cancéreux; tantôt par une généralisation rapide et multiple dans un organe dont la libre fonction est indispensable à la vie, elle entraîne rapidement et quelquefois sournoisement la mort, comme dans les cas des cancers généralisés des poumons. D'autres fois la généralisation se fait dans des organes moins importants, mais la présence des néoplasmes les irrite et peut produire des inflammations rapidement ou assez rapidement mortelles, comme la généralisation dans le péritoine,

Observation V (personnelle).

C... (Etienne), âgé de 30 ans, terrassier, entré le 19 juin 1876, salle Saint-Eloi, lit n° 5, hôpital Saint-Antoine, service de M. Proust.

Individu vomissant depuis 4 mois, quinze minutes environ après avoir mangé. Avant cette époque il s'était toujours très-bien porté — pas d'antécédents de famille.

A son entrée nous le trouvons très-amaigri avec la teinte jaune paille caractéristique, il se plaint de douleurs irradiantes très-vives dans la région épigastrique, exagérées par la pression. Après quelques difficultés le malade se laisse examiner et nous constatons une résistance très-grande dans le creux xyphoïdien — pas de succussion hypogastrique—pas d'œdème. Nous diagnostiquons cancer en nappe du pylore.

Le 1er août. Les vomissements continuent toujours, appétit faible, soif intense, léger mouvement fébrile le soir, l'amaigrissement est extrême — pas d'œdème.

Le 16. Même état du côté du tube digestif, mais le malade se plaint d'une gêne extrême de la respiration ; l'examen de la poitrine nous révèle l'existence d'une pleurésie double.

Mort le 22.

Autopsie 36 heures après la mort. — Epanchement pleurétique de liquide jaune-citron abondant des deux côtés, surtout à gauche, fausses membranes de ce côté très-anciennes avec d'autres de nouvelle formation — plèvres très-épaissies et criblées de granu-

lations cancéreuses — poumons tuberculeuxaux deux sommets, surtout à gauche et en arrière.

Le diaphragme est fortement hyperémié et comme tacheté de gouttelettes cancéreuses.

Cœur petit, mou et graisseux.

Le péritoine est sain, excepté au niveau de la petite courbure où il est adhérent à la paroi abdominale antérieure.

L'estomac est examiné avec soin ; on trouve une tumeur cancéreuse en nappe occupant toute la petite courbure et le pylore ; on constate un rétrécissement considérable de cet orifice permettant à peine le passage d'un crayon. La muqueuse de l'estomac est complètement détruite; masse cancéreuse ramollie occupant non-seulement la petite courbure de l'estomac, mais encore l'épiploon, le méso-côlon transverse adhérent à la paroi abdominale antérieure, l'épiploon gastro-hépatique. Le bord gauche du foie adhère à cette tumeur et offre une teinte noirâtre.

Rien ailleurs à signaler.

Il est évident que, dans ce cas, la mort est due à l'épanchement pleurétique qui a hâté la mort, et que la pleurésie elle-même a été occasionnée par la généralisation cancéreuse à la plèvre et au diaphragme.

Observation VI (personnelle).

B..., (Jeanne), 64 ans, entrée le 13 janvier 1875 à la salle Sainte-Jeanne, service de M. Proust, hôpital Saint-Antoine.

Réglée depuis l'âge de 16 ans jusqu'à l'âge de 46 ans. A partir de cette époque elle n'eut plus aucun écoulement vaginal jusqu'au mois de mars 1874, à ce moment elle perdit pendant un mois environ un liquide sanguinolent et fétide. L'appétit était un peu diminué, les digestions étaient bonnes.

Il y a trois mois à peu près, notre malade s'aperçut que son ventre augmentait de volume, le gonflement se fit d'une façon générale, les membres inférieurs s'œdématièrent à leur tour et ce gonflement augmenta peu à peu.

Quand elle entra à l'hôpital le 16 janvier on la trouva avec une grande dyspnée, l'ascite considérable qui distendait l'abdomen en-

trait certainement pour une grande part dans la gêne de la respiration, mais il y avait aussi des phénomènes pathologiques du côté du poumon gauche, où l'on constata une matité absolue depuis le sommet jusqu'à la base. L'auscultation révéla une absence complète des bruits respiratoires et de tout bruit morbide. En présence de cette dyspnée énorme on se demande s'il n'y avait pas lieu de pratiquer la ponction, mais l'opération fut cependant remise au jour suivant.

L'abdomen était fortement distendu par le liquide ascitique ; les parois, de même que les membres inférieurs, étaient fortement œdématiés. Par le toucher vaginal, immédiatement à l'entrée du vagin, le doigt rencontrait une tumeur ovoïde, dure, sur laquelle on ne rencontrait aucun orifice et qui paraissait se continuer avec la paroi antérieure du vagin. En suivant le pourtour de la tumeur on rencontrait une espèce de rigole qui l'environnait, on ne pouvait sentir le col de l'utérus. Le doigt en se retirant était légèment couvert de sang qui n'avait aucune mauvaise odeur. Cependant à une nouvelle exploration on trouva que le doigt s'enfonçait profondément à gauche et en bas, et l'on sentait presque sur le sacrum une tumeur de la grosseur d'une noix qu'il était impossible de limiter.

Le facies de la malade était jaune cireux, elle était profondément amaigrie.

Le lendemain on trouva la malade dans le même état. On lui fit une ponction qui donna issue à environ 7 litres d'un liquide brun foncé. Après cette ponction on sentit à l'épigastre une tumeur dure, lisse s'étendant un peu obliquemnnt de haut en ba et des gauche à droite depuis l'appendice xyphoïde jusque vers le milieu de l'hypochondre droit. La malade accuse de la douleur en ce point quand elle tousse.

Cette tumeur pourrait appartenir à l'estomac ou à l'épiploon, cependant l'absence de symptômes du côté de l'estomac et d'un autre côté le liquide sanguinolent sorti par la canule plaident en faveur d'une tumeur épiploïque.

Le 16. Le liquide s'est déjà reproduit en partie. Urines diminuées, 350 grammes environ par jour, densité 125, contiennent beaucoup de sels et de mucus.

Le 20. Le malade a passé une mauvaise nuit, elle a été très-oppressée ; ce matin la dyspnée est moindre. Dans toute l'étendue du poumon gauche on entend un souffle doux avec égophonie ; en

avant sous la clavicule il est revenu un peu de sonorité à la percussion, le cœur n'est pas dévié, il ne présente rien d'anormal.

Le 23. En avant, la sonorité revient un peu, la dyspnée a beaucoup diminué, cependant le liquide s'est reformé dans le péritoine et l'abdomen est aussi distendu qu'avant la ponction.

Le 26. Dyspnée énorme, on fait une nouvelle ponction qui donne issue à 5 litres et demi d'un liquide d'abord jaune brun, qui vers la fin devient brun foncé.

La malade est un peu soulagée. A la palpation on sent distinctement, outre la tumeur épigastrique, deux autres tumeurs siégeant l'une dans la fosse iliaque droite, l'autre dans l'hypochondre droit. La matité du côté gauche du thorax a notablement diminué, surtout en avant; la respiration revient peu à peu.

Le 29. La malade est très-affaiblie, anorexie presque complète. Le liquide ascitique se reproduit avec rapidité. La respiration s'entend à présent dans presque toute la hauteur du poumon gauche, cependant l'oppression est encore très-forte.

Morte le 7 février. Ayant eu pendant plusieurs jours une grande dyspnée et étant tombée dans une faiblesse telle qu'il était impossible de l'examiner.

Autopsie. — Cadavre d'une coloration jaunâtre, la partie supérieure du tronc très-amaigrie, tandis que l'abdomen distendu très-fortement et les membres inférieurs très-œdématiés forment un contraste frappant.

A l'ouverture du péritoine il s'écoule un liquide brun rougeâtre abondant, 5 à 6 litres environ.

Les anses intestinales sont agglutinées entre elles et criblées de petits noyaux cancéreux blanchâtres de la grosseur d'une lentille environ.

Le foie est assez volumineux et gras, il s'avance beaucoup dans l'hypochondre gauche où il présente de nombreuses adhérences avec une masse cancéreuse formée partie par l'intestin et partie par l'épiploon, il est très-adhérent au diaphragme et ne renferme pas de noyaux cancéreux.

Le péritoine pariétal est recouvert de grains semblables à ceux qui tapissent la face externe de l'intestin.

La masse située dans l'hypochondre gauche contient en avant une portion du côlon transverse, derrière celui-ci l'estomac et l'arrière cavité de l'épiploon d'où découle à l'incision un liquide brun,

enfin une partie dure, résistante, d'un blanc laiteux à la coupe et qui contient le lobe inférieur du poumon; à cet endroit il ne reste plus trace de diaphragme, c'est là la tumeur que l'on sentait pendant la vie à la région épigastrique.

Rate et reins normaux.

La face concave du diaphragme est recouverte à gauche dans la partie non détruite de petits noyaux cancéreux blanchâtres, durs.

On trouve dans le thorax du côté gauche environ un litre de sérosité citrine.

Dans le petit bassin on remarque une masse d'une couleur violacée, c'est l'utérus dégénéré, il a le volume du poing et plus, il est mou, friable, il cède avec la plus grande facilité sous le doigt, en avant il adhère fortement avec la paroi postérieure de la vessie, en arrière et latéralement avec toutes les parties molles qui l'environnent et dont il est difficile de le détacher. La coupe montre un tissu violacé ramolli ; en arrière cependant et sur les côtés existent des noyaux blanchâtres assez résistants et formés du tissu propre de l'organe. Les ovaires sont compris dans cette masse cancéreuse et ont aussi subi la dégénérescence.

Dans cette observation, nous trouvons un magnifique exemple de propagation. Le cancer a débuté par le corps de l'utérus, a envahi le péritoine, le diaphragme, a déterminé des péritonites circonscrites et localisées, la perforation du diaphragme, l'adhérence du lobe inférieur du poumon gauche qui a été englobé dans une vaste tumeur, et enfin, a déterminé la production d'une pleurésie qui a hâté la mort.

Observation VII (personnelle).

P..... (Louis), 51 ans, brossier, entré le 18 novembre 1875 salle St-Eloi, service de M. Proust, St-Antoine. Tousse toujours depuis 1870, il y a 18 mois a eu plusieurs hémoptysies, depuis 6 ou 8 mois il a commencé à maigrir et a perdu ses forces, transpiration nocturne abondante, plusieurs hémoptysies depuis cette époque, pas

de diarrhée. Appétit bien diminué depuis un an, vomissements fréquents dans les quintes de toux, peut-être quelquefois ces vomissements ont-ils contenu du sang noirâtre. Renseignements très-incomplets. Depuis 2 ou 3 ans il ressentait des douleurs pongitives et lancinantes dans la région épigastrique s'irradiant dans les flancs et exagérées par les accès de toux.

Signes de ramollissement au sommet droit surtout, grande anxiété respiratoire.

Le malade a un teint cachectique jaune-paille, ses yeux sont excavés profondément, entourés d'un cercle noirâte. Le ventre est ballonné, très-douloureux, ce qui rend impossible toute exploration; vomissements bilieux abondants, fièvre intense, pouls petit, filiforme, très-rapide; soif vive, appétit nul.

Le jour suivant le ventre se ballonne de plus en plus, les douleurs de l'abdomen sont plus vives, les vomissements plus fréquents.

Meurt le 23 novembre.

Autopsie. — Les poumons sont très-adhérents; au sommet droit existent plusieurs grandes cavernes et des tubercules en voie de ramollissement. A gauche infiltration tuberculeuse plus généralisée, mais moins avancée; pas de cavernes, induration générale du tissu pulmonaire et masse de granulations au premier degré.

Cœur petit, flasque et légèrement graisseux.

Liquide purulent assez abondant dans l'abdomen, fausses membranes réunissant les anses intestinales, péritoine rouge ratatiné.

Une masse énorme d'un brun très-foncé occupe l'épigastre et le flanc droit et dégage une odeur infecte, elle est formée d'anses intestinales accolées, d'une vaste plaque gangréneuse occupant le grand épiploon et adhérente à la rate.

Après la dissociation des divers éléments de cette masse on trouve sur la face antérieure de l'estomac une perforation qui atteint le diamètre d'une pièce de deux francs, et une coloration brunâtre très-foncée des parties voisines. La perforation est assez régulière, elle se trouvait fermée pendant la vie par les anses intestinales accolées et surtout par l'épiploon envahi par une masse cancéreuse allongée de consistance très-ferme. L'épiploon gastro-splénique participait à cette altération.

A la coupe on distingue très-nettement à la simple vue une membrane nucléaire dans laquelle on reconnaît des masses caséeuses

qui peuvent s'enlever par le grattage avec le manche d'un scalpel. Des points jaunes verdâtres qui ne sont que des îlots graisseux dépendant de la structure normale du grand épiploon et enfin une infiltration de néoplasmes.

En arrière de l'estomac des masses ganglionnaires ont subi la même dégénérescence et présentent des masses analogues.

Foie gras. Reins atrophiés.

Cette observation est remarquable à plus d'un titre : d'abord la coïncidence de deux diathèses également meurtrières, la diathèse cancéreuse et la diathèse tuberculeuse; un cancer venant s'ajouter à la tuberculose et déterminant la mort, non par le fait du poumon, mais bien par une péritonite aiguë, avec tous ses accidents e ses symptômes.

Observation VIII.

(Due à mon ami M. Leduc, externe des hôpitaux.)

M..., 33 ans, journalière, entrée le 26 janvier 1875 salle Ste-Jeanne, lit n° 1. Service de Proust. St-Antoine.

Pas d'antécédents. Il y a 6 ou 7 mois la malade perdit pendant un quinzaine de jours une assez grande quantité de sang en caillot; à ces caillots succédèrent des pertes blanches, en même temps de violentes douleurs parurent dans la région lombaire et dans le bas-ventre, douleurs violentes et continues présentant quelquefois des exacerbations. Depuis ce temps jusqu'à aujourd'hui la malade n'a pas cessé de perdre, mais ces pertes étaient irrégulières et à l'époque de ses règles elles prenaient une teinte rosée. Elle consulta un médecin qui la cautérisa au nitrate d'argent une trentaine de fois, aussitôt les pertes qui jusque-là avaient été à peu près inodores présentèrent une fétidité horrible. Il y a 4 mois environ, plusieurs ganglions de l'aine droite s'engorgèrent au point d'amener une gêne de la circulation qui se manifesta par un œdème de la jambe droite. Il y a deux mois environ la malade ne pouvant plus travailler se mit au lit : presque aussitôt la cuisse enfla et rougit sans douleur ; l'œdème commença par la partie supérieure pour

descendre peu à peu. Quinze jours environ après, le médecin qui la soignait incisa l'un des ganglions de l'aine et un autre ganglion situé à la partie supérieure de la cuisse, il ne sortit qu'un peu de sang et les plaies se mirent peu après à suppurer. Il y a environ quinze jours deux ulcérations se montrèrent à la partie interne et supérieure de la cuisse, en même temps les grandes lèvres et la vulve s'œdématièrent. Appétit irrégulier, amoindri depuis 3 ou 4 mois, amaigrissement considérable, ventre tympanisé depuis le début de la maladie, constipation, urines rares et rougeâtres.

Etat actuel. — La malade est dans un état profond de cachexie mais ne présente pas de coloration jaune-paille bien accentuée. Le membre inférieur droit présente un volume considérable et une coloration rouge érysipélateuse assez intense, surtout marquée à la partie supérieure de la cuisse et à la face interne de la jambe; de plus à la partie supérieure de la cuisse, ne dépassant pas la partie inférieure du triangle de Scarpa on voit un certain nombre d'ulcérations à fond grisâtre présentant des contours plus ou moins arrondis, à bords assez nets, d'un rouge violacé, et profondes d'un à trois ou quatre millimètres. A la face interne de la jambe on voit de grosses phlyctènes remplies d'un liquide jaunâtre. La cuisse est fléchie sur le bassin et dans l'abduction, la jambe est à demi-fléchie sur la cuisse. La vulve présente un œdème assez considérable, surtout la grande lèvre du côté droit et des excoriations multiples. Les pertes sont peu abondantes mais très-fétides. Le toucher révèle l'existence d'un carcinome ayant détruit tout le col.

Le 29. La salive de la malade est très-acide, la langue présente par place des fissures entourées d'une teinte opaline; les bulles situées à la face interne de la jambe commencent à s'ulcérer.

Le 30. Langue couverte de muguet, la malade se plaint du mal de gorge. Pour la première fois depuis son entrée dans le service elle n'a pas déliré la nuit dernière. Poudre d'amidon et de bismuth sur ces ulcérations.

1er février. L'état général est le même, la langue n'offre plus de traces de muguet; l'époque des règles est arrivée et la malade a perdu cette nuit un peu de sang mélangé à de l'ichor fétide. Diarrhée abondante depuis ce matin deux heures. Le toucher révèle l'existence d'une tumeur dure, inégale, facilement saignante de la paroi antérieure du vagin faisant suite à l'ulcération du col, la vessie semble faire hernie à travers la paroi antérieure du vagin; diagnostic épithelioma du col et de la paroi antérieure du vagin;

l'œdème est dû à une coagulation sanguine occupant la veine crurale, et les ulcérations sont dues probablement à l'excitation incessante causée par l'écoulement d'un liquide irritant.

3 février. On trouve au tiers supérieur de la face externe de la cuisse une plaie assez considérable succédant à la chute d'une eschare. La malade ne souffre pas, mais a des insomnies cruelles. Potion, 2 gr. de chloral. Injections et lotions avec une solution de chloral.

Le 10. Vaste eschare au sacrum, état cachectique et d'amaigrissement porté au dernier point. Frissons petits fréquemment renouvelés ; n'a jamais vomi.

La malade s'éteint le 17 février sans que les souffrances aient beaucoup augmenté.

Autopsie. — A l'ouverture du cadavre, on trouve 500 gr. d'un liquide ascitique répandu dans la cavité péritonéale, et 100 gr. environ de liquide séreux dans la cavité droite du thorax. Traces de pleurésie récente avec fausses membranes de nouvelle formation. Tubercules au sommet des deux poumons.

Foie et reins gras.

Cœur mou et flasque.

Le péritoine est rouge, injecté, poisseux, il est couvert de granulations variant de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une lentille, il en existe de semblables sur les deux faces du diaphragme à droite, et sur l'intestin dans toute son étendue. Les ganglions mésentériques sont très-hypertrophiés et très-durs. Nous trouvons dans la gaîne du psoas droit une vaste poche purulente qui dissèque ce muscle dans toute sa longueur. Il peut sortir de cette poche 60 gr. environ de pus bien lié, le muscle n'est pas altéré. Cette poche communique d'un côté avec la colonne vertébrale, et de l'autre il existe un trajet fistuleux se prolongeant à travers la cuisse et arrivant à la partie supérieure et interne de la cuisse, directement sous la peau décollée dans toute cette partie, et ulcérée, de sorte qu'il existe un trajet faisant communiquer les dernières vertèbres lombaires avec l'air extérieur.

L'examen de la colonne vertébrale nous montre le périoste adhérent partout, la section des vertèbres ne nous montre point de généralisation dans leur tissu. L'articulation coxo-fémorale est saine. Les ganglions de l'aine sont très-hypertrophiés et renferment du pus.

La veine crurale est oblitérée complètement.

La paroi supérieure du vagin, ainsi que la droite, sont envahis par une masse cancéreuse et font corps avec les ovaires, la vessie et l'utérus complètement soudés entre eux; enfin, un tissu lardacé réunit cette masse à la charpente du bassin à droite. Le col de l'utérus est complètement détruit, le corps de l'utérus est sain quoique un peu gros. Les ovaires sont sains; près de l'ovaire droit, la trompe de Fallope renferme du pus; plus loin, elle est complètement oblitérée.

Cette observation est très-complexe; il y a épithélioma du corps de l'utérus, généralisation dans les ganglions, au péritoine, d'où péritonite; mais à quelle cause faut-il attribuer la mort? Au psoïtis, à la péritonite? Nous croyons ici devoir l'attribuer à un état cachectique survenu brusquement sous l'influence des diverses lésions constatées à l'autopsie.

Observation IX.

(Wilhs. Transactions of the pathological Society of London, vol. X, 244, 1859.

Amputation de la cuisse, faite en 1854, par M. Cock, pour une tumeur myéloïde de la tête du péroné. Au bout de quatre ans, trois tumeurs se forment dans le moignon. La santé générale est excellente. M. Cock enlève d'abord deux de ces tumeurs et bientôt après la troisième.

Huit jours après la dernière opération le malade meurt et, à l'autopsie, on trouve dans les poumons, avec le plus grand étonnement, 7 ou 8 tumeurs myéloïdes des mieux caractérisées, dont la plus grosse avait un volume égal à celui du cœur du sujet.

Observation X.

Dégénérescence fibreuse et fibro-plastique complète du calcanéum. — Amputation de la jambe. Mort. Autopsie. Tumeurs analogues nombreuses dans les poumons.

(Moniteur des hôpitaux, 1859, p. 141).

40 ou 50 petites tumeurs dans les poumons qui ne présentaient

aucun phénomène anormal pendant la vie. (Clinique de M. Robert à l'Hôtel-Dieu.)

Observation XI.

(Larrey. Extraite du Bulletin de la Société de chirurgie, 13 août 1851, page 236.)

Enorme tumeur fibro-plastique du jarret. Sept jours après l'opétion, parurent les premiers symptômes d'une lésion pulmonaire. A la fin de mars, l'état local était fort bon, la cicatrisation de cette vaste plaie était presque achevée, mais la toux, l'expectoration de quelques crachats rouillés et visqueux, l'oppression gênaient le malade. Au mois d'avril, il se fit une récidive sur place, les ganglions inguinaux s'engorgèrent. Malgré cette récidive, le malade a pris un embonpoint très-notable pendant plus de deux mois ; l'état local s'aggravant, l'état général est cependant peu modifié. Mais, vers la fin de juillet, des symptômes se déclarant du côté de la poitrine, toux, expectoration visqueuse, hémoptysie ; en même temps, amaigrissement rapide, teint jaunâtre.

Mort le 9 août.

A l'autopsie, on trouva dans la plèvre et les poumons un grand nombre de tumeurs fibro-plastiques.

Observation XII.

(Richet. Bulletin de la Société de chirurgie, 3 septembre 1856, 1re série, tome VIII, p. 90.)

Richet, le 5 juin 1855, enleva une tumeur de l'omoplate diagnostiquée chondrome, l'absence complète des symptômes généraux était un des motifs qui l'avait empêché de considérer comme cancéreuse cette tumeur qui datait déjà de 4 ans, qui, depuis 1 an, avait fait des progrès rapides et qui était ulcérée. L'opéré alla bien pendant quelques jours, puis survinrent des symptômes thoraciques qui firent croire à la formation d'abcès multiples dans le poumon.

La mort survint le 16 juin.

A l'autopsie, on trouva dans le poumon une trentaine de tumeurs, dont l'une, la plus grosse, avait le volume d'une grosse noix.

Dans ces quatre observations, nous trouvons un exemple frappant de généralisation rapide du poumon, et un nouvel exemple de mécanisme de la mort chez les cancéreux. En effet, ici, il se produit une généralisation à marche excessivement rapide, puisqu'elle s'effectue en quelques jours seulement de tumeurs très-nombreuses et très-volumineuses, qui occasionnent la mort évidemment par la gêne apportée à l'hématose et qui ne donnent aucun signe de leur présence si ce n'est dans le cas de M. Richet.

Observation XIII.

(Recueillie dans le service de M. le professeur Béhier, par les docteurs Liouville et Straus.)

Br..., terrassier, 45 ans, entre le 18 novembre 1873 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean. Subdélirium avec raideur prononcée des muscles du dos. Renseignements obscurs, fait remonter le début de son affection à deux mois, à la suite d'un effort et de douleurs dans la région lombaire.

Amaigri, pâle, anémique, décubitus dorsal, raideur prononcée des muscles du dos. intelligence conservée, mais obscurcie d'une façon intermittente par du subdélirium, pupilles égales réagissant sous l'action de la lumière, langue tremblotante, blanche. Motilité et sensibilité des extrémités, tant inférieures que supérieures, conservées ; ventre souple, dépressible, non douloureux, pas de tympanisme, constipation depuis quelques jours, urines volontaires.

Même état jusqu'au 25 novembre.

Le 26. Asphyxie, figure violacée, traits hippocratiques, sueurs, température 40°6, pouls petit, filiforme, très-accéléré, raideur considérable du tronc, la nuque n'est guère contracturée, trismus prononcé. Respiration lente et profonde, rhythme irrégulier, 12 inspirations par minute, râle trachéal et râles muqueux généralisés. Perte de connaissance, insensibilité aux excitations, pupilles petites, contracturées, immobiles, paupières fermées, légers soubresauts des tendons, ventre rétracté, meurt à 5 heures 1/2, température 40°6.

Autopsie. — Cancer de l'estomac à la paroi moyenne, mais plus près du pylore, sans tumeur saillante à l'extérieur, peu saillante à l'intérieur, absence de étrécissement d'orifice, estomac petit.

Le foie présente des noyaux cancéreux partout, la rate nous montre une petite saillie un peu proéminente de la grosseur d'une cerise, les reins, des deux côtés, ont plusieurs zones cancéreuses, les ganglions mésentériques et abdominaux sont hypertrophiés, multipliés et cancéreux.

Péritonite cancéreuse, noyaux carcinomateux dans les plèvres et les poumons. Erosion, destruction partielle et infiltration cancéreuse des lames des vertèbres et des apophyses épineuses.

Méningite cérébro-spinale d'apparence subaiguë, avec altérations périméningées spinales.

Dans ce fait, la méningite est la cause évidente de la mort de ce malade, et, quoique les méninges ne soient le siége d'aucune tumeur cancéreuse, nous n'hésitons pas à dire qu'elle est le fait du cancer. Nous avons, en effet, un carcinome de l'estomac qui se propage à la colonne vertébrale, qui érode les lames de ces vertèbres; l'érosion de ces lames irrite les méninges rachidiennes, d'où apparition des premiers accidents ; puis, peu à peu la méningite rachidienne gagne les méninges crâniennes, d'où apparition des accidents qui ont amené la mort.

Observation XIV.

Rodier (Eulalie), 56 ans, blanchisseuse, entrée le 3 février 1873. Morte le 26 avril 1873.

A 12 ans, elle eut une déviation de la colonne vertébrale, l'épaule droite était plus saillante. Pas d'antécédents héréditaires.

Il y a un an, elle remarqua qu'à la suite d'un coup une petite tumeur se développait dans le sein gauche. Cette tumeur était arrivée au bout de six mois au volume d'une orange, elle n'était pas pédiculée et était déjà ulcérée depuis deux mois quand la malade entra à la salle Sainte-Marthe, à Lariboisière, service de M. Lefort.

Opérée au uois de juillet, sortie le 28 septembre, elle ressentait déjà à cette époque des douleurs dans les reins. Rien du côté des jambes.

Rentrée chez elle, le moindre travail la fatiguait. Elle a commencé, il y a trois semaines, à ressentir des douleurs dans les jambes. Il y a huit jours, engourdissement et fourmillement dans les membres inférieurs, principalement dans le droit, douleurs en ceinture. Il n'y a eu jusqu'ici aucun trouble du côté des sphincters, elle n'a pas eu non plus de douleurs fulgurantes, ni troubles oculaires, ni incoordination des mouvements.

A son entrée, on constate une teinte jaune-paille caractéristique. Sur la paroi thoracique antérieure à gauche, on remarque un sillon cicatriciel dû à l'opération. Sur la partie interne de ce sillon, au niveau des 2°, 3°, 4° espaces intercostaux et empiétant sur la face antérieure du sternum, existe une tumeur dure, sous-cutanée, douloureuse, il existe quelques ulcérations sur cette tumeur. Les ganglions axillaires du côté gauche sont engorgés.

Actuellement, il y a une incurvation considérable de la colonne vertébrale siégeant au niveau de la 5e dorsale et à concavité antérieure, cette déviation est courbe et non à angle aigu comme dans le mal de Pott, elle semble due à un affaissement de plusieurs vertèbres de suite.

Rien aux poumons, quelques palpitations, rien du côté des organes digestifs si ce n'est une constipation opiniâtre. Pas de troubles de la sensibilité, la sensibilité réflexe n'est ni augmentée ni diminuée.

Il n'y a que de la faiblesse dans les jambes, surtout de la jambe droite, car la malade remue les jambes comme on le lui ordonne, les mouvements communiqués ne sont pas douloureux, pas de symptômes d'ataxie. En présence de ces symptômes et de la tumeur, on conclut à une généralisation aux corps vertébraux du squirrhe du sein gauche.

Jusqu'au 23 avril 1873, ces symptômes allèrent en augmentant, mais il n'en apparut aucun autre. Bientôt la paraplégie devint absolue, la malade ne quitta plus le lit, traîna ainsi quelques semaines puis s'éteignit doucement après avoir eu de l'incontinence d'urine et des matières fécales. La cachexie cancéreuse était très-prononcée.

L'autopsie fut faite le 25 avril trente-six heures après la mort.

Sujet émacié, teinte jaunâtre, ni œdème ni eschare. Sur la partie antérieure du thorax, en haut et à gauche, on constate une large cicatrice au milieu de laquelle sont disséminées des ulcérations granuleuses dont le fond est purulent par places et dont les bords

sont épais et festonnés. En dedans de cette cicatrice siége une ulcération arrondie et remplie de pus; son diamètre est celui d'une pièce de 2 francs; elle communique par un trajet fistuleux avec la cicatrice.

Pas d'épanchement dans les séreuses.

A première vue, le foie, les poumons et la paroi thoracique antérieure, paraissent farcis de granulations blanchâtres et dures.

La partie supérieure du sternum est entièrement dégénérée; à la coupe, on y reconnaît avec peine quelques traces de tissu spongieux; la masse est d'apparence lardacée avec quelques points ramollis et purulents; on ne peut pas nettement séparer l'os des téguments et des parties sous-jacentes.

Les côtes et les cartilages costaux du côté gauche présentent aussi des points lardacés, et on remarquait que le tissu médullaire des côtes était exsangue et fort raréfié au voisinage des parties dégénérées.

La colonne vertébrale est le siége d'altérations profondes; on observe une grande diminution de hauteur des corps vertébraux.

A la coupe, ces vertèbres présentent un tissu mou, rougeâtre, fongueux, fournis par des trabécules osseux très-minces, circonscrivant des aréoles irrégulières. Dans quelques points il existe des noyaux de nouvelle formation bien distincts de l'os et formés de de tissu cancéreux. Quelques-uns de ces produits proéminent dans la cavité rachidienne. Dans d'autres points existe une infiltration uniforme du tissu osseux qui, à la coupe, est plus friable et comme noyé dans un tissu jaunâtre fongoïde, et faisant suinter par la pression un liquide séro-sanguinolent. Cette disposition s'observe dans ceux des corps vertébraux qui sont plus effacés.

Dans l'intérieur du canal rachidien, proéminent quelques-unes de ces masses qui compriment la dernière portion de la moelle et l'origine de la queue de cheval.

En enlevant la moelle dans toute sa hauteur, on constate que la colonne vertébrale est saine dans la région cervicale et dans la région correspondant aux dix premières dorsales; les onzième, douzième dorsales et les trois premières lombaires, sont principalement atteintes.

Le produit de râclage des noyaux et de l'infiltration des corps vertébraux, donne un ichor roux, jaunâtre, qui présente au microscope de nombreux globules de sang, accompagnés de nombreuses goutelettes de graisse, et parmi lesquels se trouvaient des cellules

à dimensions, à noyaux multiples, remplies de granulations graisseuses troubles.

Rate et cœur cancéreux. — Le poumon gauche contient vers le sommet quelques noyaux cancéreux. Les lymphatiques sont très-visibles sur la face interne du poumon, et ils sont distendus par l'absorption des produits cancéreux.

Rien dans les autres viscères.

Dans la moelle, on constatait à l'œil nu que, aux points où siégeaient les tumeurs intra-rachidiennes, la moelle était un peu comprimée et aplatie d'avant en arrière, nulle altération dans sa couleur ni dans sa consistance ; elle ne semblait pas atteinte.

Les nerfs de la queue de cheval et les nerfs lombaires étaient le siége de petites tumeurs fusiformes qui englobaient les nerfs à la sortie des trous de conjugaison.

M. Cornil y a reconnu des névromes.

A quelle cause faut-il attribuer la mort? Ici nous ne pouvons guère être affirmatif, cependant nous pensons que les phénomènes de paraplégie en sont la cause. De plus, cette observation est un bel exemple de propagation par contiguité de tissus et de généralisation.

Observation XV.

(Mémoire lu à la Royal medical and chirurgical Society of London, le 12 juin 1855.

Un malade atteint de tumeur du testicule, entra le 5 janvier 1855 dans le service de M. Skey. La tumeur avait 10 pouces et demi de circonférence et remontait presque à l'anneau inguinal. Elle datait de deux ans. Elle fut enlevée par M. Skey et examinée par Payet, c'était un chondrome. L'opéré guérit remarquablement bien de cette opération et quitta l'hospice au commencement d'avril. Le 20 avril il rentra à l'hôpital pour des accidents thoraciques; il respirait avec la plus grande difficulté et ne pouvait faire le moindre effort. On l'examina attentivement, il ne présentait de signe de maladie que dans les poumons, et le principal symptôme qu'il éprouvait était une suffocation croissante. La percussion révéla de la matité dans plusieurs parties de la poitrine, l'ausculta-

tion fit reconnaître l'existence d'un souffle tubaire. L'homme mourut subitement le 1er mai. A l'autopsie on trouva dans les poumons un si grand nombre de tumeurs cartilagineuses, que ces organes pesaient ensemble 11 livres et demie.

Un ganglion lombaire devenu cartilagineux avait perforé la paroi de la veine cave, et un gros champignon cartilagineux faisait saillie dans cette veine où la circulation n'était pou rtantpa interrompue, les ramifications de l'artère pulmonaire étaient remplies de masses cancéreuses.

La mort subite aura probablement été produite par l'obstruction des ramifications de l'artère pulmonaire.

Nous nous arrêtons ici : nous avons donné, je pense, assez d'observations de différents genres de morts pour pouvoir dire qu'elle arrive par le fait de la généralisation de six manières différentes :

1° Par pleurésie, et ici nous ferons remarquer que cette terminaison arrive souvent dans les cas de cancers de l'utérus;

2° Par péritonite ;

3° Par cachexie rapide due à des lésions diverses;

4° Par gêne de la respiration et de l'hématose par une généralisation rapide et multiple de tumeurs secondaires plus ou moins volumineuses;

5° Par accidents nerveux divers ;

6° Enfin, qu'elle arrive subitement dans les cas d'envahissement du système artériel, d'embolie et d'obstruction de l'artère pulmonaire.

§ III. — *De la mort par intoxication.*

Dans ce paragraphe nous nous proposons de traiter de la mort produite par un véritable empoisonnement de l'économie, par une altération du sang indépendante de la cachexie cancéreuse, mais produite cependant par le cancer, soit directement, soit indirectement. Ainsi, qu'une tumeur comprime les uretères ou un seul uretère, le sang ne pourra plus se dépouiller des produits excrémentitiels que les reins sont chargés d'éliminer à l'état normal, et ces produits restant dans le sang pro-

duiront l'empoisonnement que l'on appelle urémie. D'un autre côté, dans certains cas, il y a une grande tendance aux hémorrhagies répétées qui se font par plusieurs organes, et, pour les expliquer, nous sommes obligé d'admettre qu'elles tiennent à une altération du sang qui nous est inconnue. Une autre cause d'empoisonnement est une tumeur ulcérée, facilement saignante, qui se trouve comme les autres plaies exposées à la septicémie, l'infection purulente, l'érysipèle. Ces observations ne sont pas très-rares dans la science, et nous allons en donner quelques exemples.

Observation XVI

(Prise dans la thèse de M. Léopold Bertrand. Etude sur le cancer de la vésicule biliaire. Paris, 1870).

Épithélioma à cellules cylindriques et en dégénérescence colloïde de la vésicule biliaire. — Propagation aux ganglions lymphatiques, au foie et aux poumons. — Calculs biliaires.

Homme de 49 ans. Ictère, douleurs abdominales vives, amaigrissement énorme, inappétence complète.

Vers la fin de décembre, expectoration sanguinolente après des quintes de toux et de douleurs dans la poitrine; on trouve du sang dans les selles.

Les douleurs dans les reins qui duraient depuis quelque temps deviennent plus fortes à partir du 15 janvier.

31 janvier. On n'entend pas la respiration à droite, matité relative ; depuis trois jours, expectoration de gros crachats de sang noirâtre; foie volumineux et douloureux à la pression.

5 février. Diarrhée sanguinolente, le malade crache toujours du sang ; amaigrissement extrême, l'ictère est devenu olivâtre.

Le 14. Agonisant à la visite, il pousse des cris de temps en temps.

Mort à 8 heures, le soir.

Autopsie. Le cadavre présente une teinte ictérique très-prononcée; sur le ventre, petites taches ecchymotiques.

Dans les poumons, masses dures cancéreuses, noyaux apoplectiques situés à la partie inférieure du poumon gauche ; à ce niveau, la plèvre présente des exsudations fibrineuses. Dans la plèvre droite, épanchement séro-fibrineux et fausses membranes.

Tous les tissus fibreux, toutes les séreuses, même les parois intenses des vaisseaux sont colorés en jaune.

Parois de la vésicule, épaisses et constituées par un tissu gélatiniforme.

On trouve des noyaux cancéreux dans le foie. Les ganglions lymphatiques contenus dans l'abdomen ont aussi subi la dégénérescence cancéreuse.

Dans ce cas, la mort n'est le fait ni de la généralisation ni du cancer en lui-même, mais bien d'une véritable intoxication de l'économie, d'une altération profonde du sang qui nous est inconnue et qui a déterminé ces hémorrhagies multiples.

La même cause produit un genre de mort à peu près identique dans l'observation suivante :

Observation XVII.

(Bulletin de la Société anatomique, page 375, année 1860, par Bricheteau, interne des hôpitaux).

F....., 25 ans, tailleur de limes, entre à Necker le 15 mai 1860, salle Saint-Jean. D'une bonne constitution, jouit d'une bonne santé habituelle. Il accuse depuis un mois un malaise général avec perte de forces, qui l'oblige à garder le lit depuis quinze jours. Depuis trois jours, épistaxis très-abondantes, quatre à cinq par jour; se plaint de douleurs généralisées, vagues, mobiles, qui le font beaucoup souffrir et l'empêchent de dormir; pas mal à la tête, langue sale, pouls fréquent, 132 pulsations. Il a à la paupière supérieure gauche une ecchymose datant de trois jours.

16 mai. Depuis hier soir, nouvelle ecchymose à la paupière supérieure droite, épistaxis, ni tache ni ecchymose sur le corps, gencives saines, pas de céphalalgie, face blême, insomnie due aux douleurs généralisées et aux douleurs de ventre; 28 inspirations, 116 pulsations, pouls dur, hémorrhagique, soif très-vive, pas de nausées; ventre dur et contracté, météorisé, non douloureux à la pression. Hier trois selles liquides jaunes sans coliques, palpitations, rien au cœur, rien aux poumons. M. Monneret, en présence

de ces symptômes mal définis, soumet le malade au traitement des scorbutiques.

Le 17. Pas d'hémorrhagie, ecchymose sous-conjonctivale à l'angle externe de l'œil.

Le 18. Insomnies toujours pénibles, le malade se plaint de douleurs violentes aux genoux et à la région lombaire, 120 pulsations, 28 respirations.

Le 19. Abattement, prostration.

Le 20. Nouvelle épistaxis, douleurs continuelles, le sang examiné au microscope contient des globules blancs en quantité anormale.

Le 21. Céphalalgie, douleur précordiale, un peu de toux, rien d'appréciable au cœur et aux poumons.

Le 23. Epistaxis, expectore des crachats sanglants.

Le 24. Epistaxis. En voulant se lever, il éprouve une syncope suivie de subdélirium pendant deux à trois heures. Ecchymoses à la paume et à la face dorsale des deux mains. Insomnie, intelligence nette, anorexie; soif modérée.

Le 25. Douleurs insupportables dans les épaules.

Le 26. Toute la nuit, un peu de délire; prostration manifeste, visage couvert de sueur, teinte pâle verdâtre, 140 pulsations, 40 respirations.

Le 27. Subdélirium continuel; il comprend les questions qu'on lui pose et répond avec exactitude; prostration profonde, œil terne, muqueuses décolorées, 4 à 5 selles diarrhéiques noires comme de l'encre.

Le 28. Syncope très-prolongée, même subdélirium; pouls à 136, respiration à 36. Toux assez fréquente sans expectoration, soif vive, ventre indolent non météorisé, plus de diarrhée. Ni œdème ni pétéchies.

Le 29. Subdélirium continuel, oppression, pouls petit, filiforme, intelligence un peu engourdie, extrémités glacées.

Le 30. Même subdélirium, même assoupissement, 32 inspirations, respiration plaintive, suspirieuse, 124 pulsations, assoupissement dans la journée, mort subite à neuf heures du soir.

Autopsie. — L'aspect extérieur du cadavre n'offre rien de particulier. Noyaux cancéreux infiltrés dans la rate, le foie, les ganglions mésentériques et les reins. — L'estomac présente, le long de la petite courbure, à 5 centimètres du pylore, une induration can-

céreuse du volume d'un œuf. — Intestins sains. — La table interne du crâne est injectée en un grand nombre de points, par les vaisseaux du diploé et la partie postérieure et inférieure du cerveau et du cervelet; vaste ecchymose formée par le sang infiltré dans la pie-mère. Partout ailleurs les membranes sont saines. Injection de la substance blanche du lobe antérieur du cerveau, contrastant avec le reste du tissu anémié.

Ganglions bronchiques cancéreux. — A la surface des lobes des poumons libres de toute adhérence, on voit les vaisseaux lymphatiques gorgés de matière blanche. Dans les poumons, on ne trouve ni tubercules ni apoplexie, mais une simple infiltration grisâtre.

Nous arrivons maintenant à un autre genre de mort, que nous pourrions appeler accidents mixtes, nous voulons parler de la mort par urémie. Ces accidents, en effet, arrivent par une cause locale, compression ou oblitération des uretères, qui détermine l'accumulation de l'urée dans le sang; mais l'accumulation de l'urée détermine des phénomènes toxiques qui nous la font ranger parmi les cas de mort par accidents généraux.

Observation XVIII.

(Mémoire, Société de biologie, année 1872, page 107. Victor Hanot).

Paralysie générale, attaque à forme hémiplégique, hémiplégie droite et aphasie, maximum de la lésion de l'encéphalite interstitielle diffuse sur les circonvolutions frontales gauches. — Sarcome fasciculé de l'utérus, compression des uretères, urémie.

Femme de 41 ans, entrée à l'hôpital de la Salpêtrière, service de M. Voisin, le 3 avril 1872. Fut de nouveau frappée d'hémiplégie droite avec aphasie. Cette fois encore, au dire du mari, la paralysie survint sans perte de connaissance et disparut rapidement. La malade ne trouvait plus pour ainsi dire aucun mot, elle ne disait guère plus que oui et non, elle se laissait aller sans motif à des emportements extrêmes, cassait son ménage, etc. Il ne semble pas qu'elle ait eu alors des idées de grandeur ou des hallucinations.— Plus d'appétit sexuel depuis 1 an.

A son entrée dans le service sa figure est souriante, bêtement

satisfaite, pupilles égales moyennement contractiles, ouïe normale, goût émoussé, léger tremblement des bras et des mains. Démarche saccadée incertaine, sensibilité normale partout; pendant qu'on lui pose des questions elle se met à rire sans raison, puis parfois à pleurer sans motif.

Rien d'anormal au cœur ou aux poumons.

Appétit vorace. — Quelque temps après son entrée dans le service, on s'aperçut qu'elle perdait presque continuellement, on reconnut au toucher que le col utérin était complètement envahi par une tumeur fongueuse, friable, saignant facilement au moindre contact.

Nutrition intacte; ce ne fut que vers le milieu du mois d'août que la malade commença à maigrir et à pâlir.

Vers le milieu de septembre, léger œdème des membres inférieurs et des parois thoraciques et abdominales. — Appétit diminué.

Dans le commencement de novembre, la malade vomit à plusieurs reprises. Les choses en étaient là quand le 4 novembre à la visite nous trouvâmes la malade encore couchée. Elle semblait dormir, la position était naturelle, mais sa respiration attira notre attention, elle était profonde, très-bruyante, stertoreuse. Il fut facile de faire sortir la malade de son assoupissement; elle répondit aux questions qu'on lui posait avec le degré de netteté, de compréhension dont est susceptible une paralytique générale et une aphasique; mais dès qu'on cessa de tenir éveillée son attention les yeux se refermèrent et la tête s'inclina de nouveau sur elle-même. La langue portait la trace d'une morsure récente. Aucune paralysie ni aux membres, ni à la face, nulle trace de contracture.

La sensibilité était légèrement obtuse partout, mais le pincement suffisait pour amener des grimaces à la malade. 80 pulsations régulières, 24 respirations, température rectale 34°7.

Même état dans la journée, on a pu lui faire prendre un peu de bouillon. — 72 pulsations; T. R. 32°.

Le 15. Rien de nouveau pendant la nuit; le matin elle est tombée dans une torpeur plus profonde que la veille, c'est à peine si on parvient à lui faire ouvrir les yeux qui se referment aussitôt après avoir montré un regard voilé sans expression. La face est notablement bouffie. — Respiration plus bruyante encore, 20 inspirations, râles sous-crépitants généralisés, la malade fume la pipe,

peau froide ; T. R. 30° ; pouls insensible à gauche, à droite on parvint à compter les pulsations, résolution des membres mais sans paralysie, pas de contracture, sensibilité générale obtuse, pas de convulsion depuis la veille. Même état dans la journée, à 6 heures du soir. T. R. 28°8, pouls insensible, 20 respirations.

La malade succomba pendant la nuit sans convulsions.

Autopsie. — Os du crâne considérablement épaissis, lésions de la paralysie sur le cerveau (encéphalite interstitielle). — Aucun foyer d'hémorrhagie ou de ramollissement — pas d'athérome — poumons congestionnés, cœur sain, foie gras, rate doublée de volume. Le rein gauche est plus volumineux que le rein droit il pèse 250 grammes tandis que le rein droit n'en pèse que 140. Leur membrane fibreuse s'enlève assez facilement, substance corticale décolorée gris jaunâtre, tandis que dans la substance tubulaire, les pyramides sont d'un rouge vineux accusé, elles sont toutes confondues ensemble. Le rein gauche contient deux kystes du volume d'une noisette, le rein droit n'en contient qu'un de même volume. Les bassinets sont très-développés. Les urétères ont à peu près doublé de diamètre et leurs parois sont épaissies.

Dans la substance tubulaire les tubuli apparaissent gorgés de cellules épithéliales plus ou moins déformées remplies quelques-unes de granulations protéiques, le plus grand nombre de granulations graisseuses. Le tissu conjonctif, interposé aux tubuli, est sensiblement plus épais qu'à l'ordinaire, on y voit un grand nombre de noyaux embryonnaires. Les vaisseaux sont dilatés, remplis de globules sanguins, leur paroi est recouverte de noyaux de nouvelle formation. Des altérations analogues se remarquent dans la substance corticale, mais la dégénérescence graisseuse de l'épithélium y est plus accentuée.

Le col de l'utérus a complètement disparu, le cancer s'est propagé sur les parties latérales de l'utérus et le bas fond de la vessie est perforé en un point où se remarquent des altérations grisâtres, des sortes de petits choux-fleurs. La terminaison des urétères est comprise dans la masse sarcomateuse, c'est à peine si l'on peut faire passer un stylet très-fin de l'urétère dans le réservoir urinaire.

L'urine contenue dans la vessie a donné avec l'acide nitrique un précipité floconneux blanchâtre très-abondant.

Ainsi donc l'intoxication chez les cancéreux se fait de deux manières : dans la première nous admettons une altération particulière du sang ou des vaisseaux, et peut être des deux à la fois, qui a pour caractère principal l'hémorrhagie, l'hémorrhagie des petits vaisseaux s'épanchant dans les tissus.

Dans la seconde manière, il y a encore intoxication du sang, mais se traduisant par des symptômes bien connus et bien décrits, l'urémie.

CHAPITRE II.

DES ACCIDENTS PRODUITS PAR UNE CAUSE LOCALE.

Ces accidents sont une cause de mort moins commune certainement que ne le sont les accidents généraux, cependant leur fréquence est assez grande encore, et il nous paraît utile de les étudier spécialement, car le mécanisme de la mort n'est plus le même, comme on pourra s'en convaincre; ici, c'est la tumeur primitive qui tue, et beaucoup plus rapidement : il suffit de quelques jours, de quelques heures et quelquefois de quelques secondes pour que la terminaison funeste arrive quand ces accidents se produisent.

En premier lieu nous devons placer l'hémorrhagie qui se produit par l'ulcération d'un gros vaisseau, et alors la mort arrive très-rapidement ou par des pertes successives de sang, qui, quoique de quantité moindre, en se reproduisant souvent, finissent par amener la mort.

L'asphyxie tient aussi une place considérable dans ce groupe pathologique et mérite d'être étudiée spécialement.

Des accidents nerveux se produisent aussi sous l'influence locale d'une tumeur, et présentent des phénomènes spéciaux très-intéressants à connaître.

La mort n'affecte pas que ces formes, tantôt elle viendra par une obstruction intestinale, tantôt par gangrène.

§ IV. — *De la mort produite par hémorrhagie.*

L'hémorrhagie est la sortie du sang en dehors du système de la circulation, elle se fait naturellement, les parois artérielles résistent assez longtemps à la propagation des productions accidentelles, mais ces artères finissent par être détruites à leur tour, et alors le sang s'échappe; tantôt, si la rupture est grande, si le vaisseau atteint est volumineux, avec violence et en grande quantité, la mort arrive rapidement; tantôt il ne sort qu'une faible quantité de sang à la fois, mais l'hémorrhagie se renouvelle fréquemment et finit par tuer le malade.

Cette hémorrhagie peut se faire dans les différents organes de l'économie; nous allons en donner quelques exemples.

Observation XIX.

(Bulletin de la Société de chirurgie, tome V, année 1854-55, p. 62).

Homme entré dans le service de Robert pour un cancer de la partie postérieure et latérale gauche de la langue, mais ce chirurgien refusa de l'opérer. Plus tard ce malade vint dans le service de

M. Huguier qui se décida à lui enlever son cancer. Afin d'arriver plus facilement sur la tumeur, il fendit verticalement la lèvre inférieure et l'os maxillaire. Le cancer enlevé, il rapprocha les parties et le malade guérit promptement. Ce produit morbide ne récidiva pas dans la cicatrice, mais dans un ganglion du voisinage qui par propagation ulcéra la carotide. La mort fut très-prompte. A l'autopsie, on put constater que les parties primitivement opérées étaient saines et que la consolidation de l'os maxillaire était complète.

Observation XX.

(Bulletin de la Société de chirurgie, t. X, p. 35. M. Laborie).

Ce malade entra à l'asile de Vincennes en juillet, convalescent de dysphagie, on l'avait considéré comme atteint d'un rétrécissement de l'œsophage. Les symptômes de cette affection avaient cessé subitement et, quand nous vîmes le malade, il était dans les meilleures conditions apparentes : les aliments traversaient l'œsophage avec une extrême facilité sans déterminer ni gêne ni douleur. Après un séjour de deux semaines, il fut pris tout à coup pendant la nuit de vomissement de sang. L'interne de service administra une potion au perchlorure de fer. L'hémorrhagie s'arrêta pour reprendre deux heures après avec tant de violence que le malade succomba.

A l'autopsie nous avons trouvé au niveau de la cinquième vertèbre dorsale une tumeur cancéreuse encéphaloïde ayant détruit l'œsophage dans l'étendue de cinq centimètres, il ne restait de cet organe qu'une petite bande large à peine de cinq millimètres à la partie antérieure, retenant unis les bouts supérieurs et inférieurs.

En dehors de cette partie il ne restait aucune trace de l'organe.

L'estomac et les intestins étaient remplis de sang ; aucun autre viscère ne présentait de trace de cancer.

Observation XXI.

(Laborie. Même volume, p. 35).

Malade entré en juillet comme convalescent d'une affection rhumatismale chronique. Après une dizaine de jours, il fut pris comme

le malade précédent de vomissement de sang, en moins d'une heure il succombait.

A l'autopsie, nous avons trouvé les lésions suivantes : sur le milieu de la petite courbure de l'estomac une large ulcération cancéreuse ayant détruit les tuniques muqueuse et musculeuse, s'arrêtant à l'enveloppe séreuse. L'estomac était rempli de sang ; l'hémorrhagie s'était produite en ce point.

Le foie présentait une quantité considérable de tumeurs d'aspect cancéreux.

Poumons sains. A la partie supérieure du poumon droit on remarquait cependant une tumeur du volume d'une noisette, mamelonnée, d'aspect fibreux et d'une dureté comme pierreuse.

Observation XXII.

(Bulletin de la Société de chirurgie, année 1870, p. 209. Demarquay).

Il s'agissait d'un malade âgé de soixante et quelques années, il portait une large tumeur aplatie dans la région ombilicale; elle était molle, pâteuse, demi-fluctuante et comprenait toute l'épaisseur de la paroi abdominale dans l'étendue des deux mains ; elle avait débuté par l'ombilic et elle avait envahi petit à petit les tissus voisins, elle s'était ouverte sur plusieurs points, et il était sorti de ces ouvertures des masses fongueuses tremblotantes, et laissant écouler une quantité incroyable de liquide. Le plus petit contact de ces masses les faisait saigner. Cette masse se laissait pénétrer par un stylet dans toutes les directions. Le malade fut vite épuisé par ces pertes séro-sanguines et il succomba.

Observation XXII (Personnelle).

Louis Hubert, 45 ans, marchand de comestibles, entre le 18 mars 1875 dans le service de M. Proust, salle St-Eloi au lit n° 10. Bonne santé habituelle, il était gros et fort lorsqu'il y a une année environ, il fut pris subitement d'une hémorrhagié rectale abondante. Deux mois environ après cette hémorrhagie, il en eut une nouvelle beaucoup moins violente qui l'affaiblit cependant, sans néanmoins le forcer à interrompre son travail. Six semaines après il ressentit dans l'abdomen, mais surtout du côté droit, de violentes douleurs qui furent suivies d'une nouvelle perte de sang

aussi abondante que la première pour le moins. Ces hémorrhagies se répétèrent encore trois fois; à la fin se trouvant très-débilité il se décida à entrer dans notre service.

État actuel. — Le malade est bien musclé quoi qu'il prétende avoir maigri beaucoup, son teint qui, nous dit le malade, était très-rouge a maintenant un aspect cachectique très-prononcé, la peau est jaune, transparente cireuse. Le ventre est très-douloureux surtout dans l'hypochondre droit, douleurs lancinantes; le foie est très-volumineux et dépasse les fausses côtes, la percussion est très-douloureuse. Le malade debout ou même dans le décubitus gauche ressent de la pesanteur dans l'abdomen, le décubitus gauche est même rendu presque impossible. On trouve au-dessous du foie à la palpation de l'empâtement, et malgré cet empâtement à la percussion on trouve de la sonorité. Depuis quelque temps déjà ce malade a de la diarrhée et les selles liquides sont provoquées presque immédiatement après l'ingestion des aliments que le malade mange du reste avec appétit. Pas d'hémorrhoïdes, pas d'œdème, ni nausées ni vomissements, langue sale, bouche mauvaise, amère.

Mère morte de cancer de l'estomac.

On pense à une affection cancéreuse de l'abdomen, on fait mettre un vésicatoire sur l'hypochondre droit.

22 mars. L'appétit diminue, insomnie, cependant les douleurs ont un peu diminué. Régime lacté.

4 avril. Le malade a eu dans la nuit des selles sanglantes très-liquides, le sang est d'un noir violacé, il y a des grumeaux fétides et comme de la matière ichoreuse ; un corps gras semble surnager à la surface. Le facies du malade devient de plus en plus anémique, la face est d'un pâle cireux, on trouve à la percussion de la matité absolue depuis un travers de main au-dessous du mamelon droit jusqu'à deux travers de doigt environ au-dessous des fausses côtes; cette matité se confond insensiblement avec un son tympanique sourd dans tout le côté droit de l'abdomen, la douleur s'étend dans tout l'hypochondre droit, elle est vive, lancinante.

7 avril. Nouveau vésicatoire qui amène un amélioration générale, les douleurs diminuent ainsi que la diarrhée.

Le 14. Il y a toujours de l'empâtement et quoique les douleurs soient diminuées, on met un nouveau vésicatoire.

Le 18. L'état du malade est très-grave, ses yeux sont excavés

bistrés, peau jaune-paille, sueurs profuses la nuit, insomnie, céphalalgie, cauchemars, ventre ballonné, douleurs très-violentes dans l'hypochondre droit. Pour la première fois a eu cette nuit des nausées fréquentes ainsi qu'une nouvelle hémorrhagie assez peu abondante. Muqueuses décolorées, pouls petit, rapide, presque imperceptible; pas d'œdème.

Le 19. Même état, potion avec eau 30 gr. chloroforme 5 gr.

Le 26. Hémorrhagie très-abondante, douleurs généralisées dans tout l'abdomen.

Le 27. Nouvelle hémorrhagie, le malade meurt dans la journée.

Autopsie. — On trouve dans l'abdomen environ un litre de liquide sanguinolent. Le foie très-volumineux, décoloré et gras, présente au niveau de son bord tranchant des adhérences avec des anses de l'intestin grêle. Quelques ruptures s'étant faites dans les fausses membranes au moment où l'on renversait la paroi abdominale sur les côtes, on pouvait déjà constater l'existence à ce niveau d'une cavité renfermant des matières noirâtres très-fétides. Cette poche artificielle fendue, on voit que sa surface interne inégale, tomenteuse, formée en partie de masses bourgeonnantes, en partie tapissée par des grumeaux de matières noirâtres présente plusieurs ouvertures, l'une à droite, l'autre en haut, une troisième à gauche. La première et la dernière conduisent directement dans l'intestin grêle, à leur niveau il n'existe qu'un rétrécissement insignifiant de l'intestin. La troisième ouverture située en haut conduit dans la visicule biliaire dont le fond a été détruit. Cette poche artificielle est donc formée par des anses intestinales accolées et par la face inférieure du foie; l'intestin a complètement disparu dans l'intervalle qui sépare les deux ouvertures de droite et de gauche, c'est-à-dire sur une longueur d'environ quinze centimètres et les matières pouvaient s'arrêter dans une cavité accidentelle.

La masse tout entière étant enlevée, on voit que l'estomac est soulevé au niveau du pylore par une masse ganglionnaire du volume d'une mandarine.

L'estomac du reste est sain, ainsi que le duodénum qui porte dans sa seconde courbure 2 petites ulcérations se dirigeant de dehors en dedans. Le reste de l'intestin est sain, le cancer siége sur les dernières portions de l'intestin grêle. Le pancréas est en dehors de la lésion et est indemne. Les reins ont subi un commencement de dégénérescence graisseuse.

Nous nous trouvions donc en présence d'un cancer de la dernière portion de l'intestin grêle, qui a occasionné une péritonite circonscrite, mais la cause réelle de la mort n'est pas cette péritonite, mais la gangrène qui a détruit la tumeur et qui a occasionné l'hémorrhagie interne.

Observation XXIII.

(Extraite du traité pratique des maladies cancéreuses de Lebert, p. 1)

Le malade portait dans la région du foie une tumeur volumineuse très-douloureuse, comme fluctuante, qui s'était très-rapidement développée et une fièvre continuelle avait lieu. Le foie dans toute son étendue et hors du lieu occupé par la tumeur avait pris lui-même un grand déévcloppement. Ce malade présentait si bien tous les traits d'une affection inflammatoire que nous pensâmes à un abcès du foie. Il succomba tout à coup, sans que très-peu d'heures avant cette mort inopinée rien pût faire prévoir une fin aussi rapide; elle nous fut expliquée à l'autopsie par l'existence d'un vaste épanchement dans la cavité du péritoine. Le sang était sorti d'un champignon cancéreux complètement ramolli et ulcéré qui occupait le bord libre du foie. C'était par ce champignon qu'était constituée la tumeur reconnue pendant la vie. Des masses encéphaloïdes nombreuses, et toutes en détritus, remplissaient le parenchyme hépatique, ainsi que plusieurs des ramifications de la veine porte,

Observation XXIV.

Cancer épithélial de la langue. — Ablation par écrasement linéaire.— Récidive. (Observation recueillie par Benjamin Ball, 1856, dans le service de Chassaignac, Lariboisière. Dans la thèse de Théophile Anger.

N° 13 St-Augustin. Heurtant (Nicolas), 63 ans, sellier, entré le 19 septembre. Depuis six mois se trouvait géné dans les mouvements de la langue par un petit bouton développé vers la pointe de l'organe. Il s'est ulcéré depuis six semaines et depuis cette époque son accroissement a été assez rapide pour causer au malade de sérieuses inquiétudes. Aujourd'hui la tumeur qui siége à gau-

che de la ligne médiane se présente sous forme de plaque indurée faisant relief à la surface de la langue et offrant une ulcération grisâtre de la grandeur d'une pièce de vingt centimes, les bords ne sont pas taillés à pic. Sur le dos de la langue, au voisinage de la tumeur, on trouve une induration superficielle s'étendant un peu au delà de la ligne médiane et se terminant en pointe en arrière. Le frein présente une bride qui attire la pointe de la langue en bas, mais sans produire aucun embarras de la parole. Les ganglions sous-maxillaires ne sont pas engorgés.

22 septembre. Ablation de la tumeur par l'écrasement linéaire.

22 octobre. Malade rétabli, une légère cicatrice près de la pointe de la langue en est le seul vestige.

9 novembre 1858. Deux ans après il n'y avait pas de récidive dans l'organe, mais les ganglions du cou étaient pris et suppuraient; la matière était brune, semblable à du marc de café, infecte et très-abondante; il dormait peu et avait de la peine à avaler quelques aliments liquides.

Le 22. Une hémorrhagie se déclara ; mort presque instantanée.

Autopsie. — La carotide est ouverte par suite des progrès de l'ulcération; tous les ganglions du cou sont cancéreux; la langue est complètement intacte, il y a un peu d'œdème de la glotte. Le foie contient plusieurs points cancéreux dans sa substance, l'un d'eux arrive jusqu'à sa surface externe. Sur la septième côte à droite deux tumeurs cancéreuses de la substance osseuse. Rien dans les autres viscères. La prostate semble un peu dure, mais les caractères ne sont pas assez tranchés pour qu'on ose l'affirmer cancéreuse.

Observation XXV.

Cancer pharyngo-laryngé ; recueillie par Ferdinand Dreyfous, interne des hôpitaux. Extraite du Progrès médical, 1876.

Capelle (Joseph), 65 ans, journalier, entré le 28 novembre 1875 mort le 31 mars 1876. Cet homme était dans le service de M. Vulpian, qui avait diagnostiqué: cancer du larynx, lorsque M. Dumontpallier prit le service. Son état actuel était le suivant : mauvais état général, pâleur, amaigrissement, tuméfaction des ganglions cervicaux des deux côtés : gêne de la déglutition et difficulté pour l'alimentation. Il parlait un peu lorsqu'on obturait l'orifice de la canule. En effet, dans le courant du mois de janvier, l'interne de

garde avait dû lui faire la trachéotomie pour le préserver d'une asphyxie imminente. Les aliments étaient digérés convenablement et la cachexie n'augmentait pas. Il avait la face pâle, tout le corps était amaigri, squelettique, mais ne présentait pas la teinte jaune paille caractéristique.

31 mars. A six heures et demie, il fut pris d'un crachement de sang rouge, rutilant qu'il rendit à pleine bouche. On lui fit avaler quelques morceaux de glace et l'hémorrhagie parut s'arrêter, mais il était devenu d'une pâleur extrême et succomba au bout de quelques minutes.

Autopsie. — Poumons. Adhérences du sommet droit dont le parenchyme est réduit en un véritable putrilage. Ça et là quelques noyaux blanchâtres durs criant sous le scalpel se rencontrent dans l'épaisseur du poumon. Du sang dans les bronches, cœur gros.

Larynx. — Destruction d'une partie de la base de la langue, de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques. Le processus ulcératif semble avoir atteint l'artère laryngée supérieure d'où l'hémorrhagie.

Le larynx, proprement dit, est complètement intact, sauf à la partie supérieure.

Ganglions cervicaux gros, creusés de cavités. A l'examen microscopique, M. Ch. Rémy a constaté des alvéoles de tissu fibreux remplies de cellules épithéliales pavimenteuses, au milieu desquelles se trouvent quelques globes épidermiques. Les cellules épithéliales sont plus abondantes que le tissu fibreux. L'altération pénétrait jusque dans le tissu cartilagineux.

Observation XXVI.

Epithélioma de la langue, prise dans la thèse de M. T. Anger.

M. R..., de Lons-le-Saulnier, 48 ans. Quelques mois avant la mort, la langue était réduite à un petit bourgeon charnu de la grosseur d'une noix. Le plancher de la bouche détruit était perforé et faisait communiquer la cavité buccale avec la région sus-hyoïdienne par une large ouverture dans laquelle le malheureux introduisait un tampon de charpie pour empêcher l'écoulement continu de la salive. En arrière les piliers du voile du palais étaient envahis et en grande partie détruits. On nourrissait le malade avec la sonde œsophagienne.

Peu à peu les ulcérations sus-hyoïdiennes et amygdaliennes envahirent la région parotidienne, et un matin une hémorrhagie foudroyante de la carotide interne mit fin à cette triste existence dans l'espace de trois minutes.

§ V. — *De la mort par asphyxie.*

'Ασφυξια, de ἀ privatif et σφύξις, signifie absence de pouls. L'asphyxie a longtemps servi à désigner la mort par cessation des battements du cœur; maintenant ce mot s'applique aux divers genres de mort occasionnés par le trouble ou la suppression de la fonction respiratoire.

L'asphyxie est l'ensemble des phénomènes morbides ou mortels consécutifs à la diminution ou à la suppression de l'absorption de l'oxygène par le sang, tandis que ce liquide continue à circuler librement dans les vaisseaux sans autre lésion que celles dues à une hématose incomplète. L'acide carbonique s'emmagasine dans le sang en même temps que s'y épuise l'oxygène non renouvelé par l'air extérieur. (Paul Bert, Dictionnaire de Jaccoud.)

Le sang d'un individu qui succombe asphyxié renferme moins de gaz qu'à l'état normal, il est noir; cette coloration est due à l'absence d'oxygène et non à la présence de l'acide carbonique. Le cœur est arrêté en diastole.

Comme l'asphyxie s'opère en général assez lentement, on voit survenir, dans la nutrition, des troubles qui amènent des dépressions organiques quelconques, refroidissement, sueurs froides et visqueuses, suppression du sucre du foie, etc. Le malade a le visage cyanosé, les ailes du nez sont dilatées, il fait des efforts immenses

pour amener un peu d'air à ses poumons, souvent on entend le passage de l'air à travers la trachée, peu à peu la sensibilité s'émousse, et finit par s'éteindre en commençant par les extrémités, pour gagner de proche en proche les parties centrales, et peu de temps avant la mort les muscles sont agités de contractions très-violentes qui sont dues à l'action du sang noir sur la moelle épinière.

L'hématose est suspendue, soit parce que l'oxygène ne peut venir au contact du sang, soit parce que le sang ne vient pas au contact de l'oxygène, mais le mécanisme varie beaucoup pour arriver à ces deux résultats. En effet, d'après nos recherches, nous voyons que la mort, dans ce cas, peut arriver de six manières différentes.

L'oxygène ne peut venir au contact du sang soit par un œdème de la glotte, soit par une compression directe du larynx, de la trachée ou des bronch s.

Le sang ne peut venir au contact de l'oxygène, ou ne peut y venir qu'en quantité insuffisante pour l'entretien de la vie, soit par une embolie pulmonaire, soit par une généralisation dans les poumons qui empêche l'hématose de se faire dans une étendue plus ou moins considérable du tissu pulmonaire, soit par une pleurésie ou par une hémorrhagie dans la plèvre, qui, en comprimant le poumon, mettent un obstacle à l'entrée de l'air, ou plutôt qui font que les quantités d'air et de sang qui devraient être en présence dans ce poumon sont diminuées dans une proportion plus ou moins grande.

Observation XXVII.

Le malade, atteint d'un cancer de la langue, ne se plaignait le soir ni de dyspnée, ni de rien d'extraordinaire, et il était mort le

lendemain au matin. L'infiltration avait envahi la glotte elle-même à un degré tel, que la corde vocale supérieure empiétait sur l'inférieure, fermait et cachait l'ouverture du ventricule, et qu'à ce niveau le canal aérien était presque oblitéré, c'est à peine s'il restait une fente étroite qui devait l'être davantage encore sur le vivant. C'était un véritable œdème de la glotte, la luette était très-infiltrée. Quant au cancer, il occupait toute la moitié droite de la langue dans toute la longueur et l'épaisseur de l'organe, c'était une tumeur encéphaloïde.

Observation XXVIII.

Cas de Morel-Lavallée, dans la thèse de Théophile Anger.
Squirrhe atrophique de la langue.

Homme de 61 ans, sans antécédents syphilitiques, chez qui, à l'âge de 45 ans, il se développa sur le bord droit de la langue une petite ulcération. L'emploi ordinaire du brûle-gueule semble avoir agi là comme cause déterminante. Peu à peu la langue diminua de volume et s'ulcéra du côté droit surtout.

A l'entrée de cet homme à l'hôpital, 17 ans après le début de la maladie, l'organe présentait cet aspect particulier que les médecins de Saint-Louis comparent volontiers à la langue de perroquet. Insensiblement les ganglions s'engorgèrent, et le malade finit par succomber à un œdème de la glotte.

A l'autopsie on constata que la langue était comme collée au plancher de la bouche, qu'au niveau et autour de l'ulcère elle crie sous le scalpel, qu'elle est formée d'un tissu grisâtre dont l'aspect musculaire a presque totalement disparu, et dont la pression fait suinter quelques gouttes d'un suc blanchâtre ; c'est le degré de dégénérescence squirrheuse pure avec quelques traînées brunes et comme mélaniques. Les ganglions sous-maxillaires étaient le siége d'une suppuration comme scrofuleuse. Ces glandes n'offraient, d'ailleurs, rien de manifestement cancéreux.

Observation XXIX.

(Tirée de l'anatomie pathologie générale de Lebert, p. 204).

Femme de 71 ans.

Le 12 décembre, à huit heures du matin, elle mange une soupe,

peu de temps après elle redemande à manger et à plusieurs reprises. A onze heures, on lui donne une nouvelle soupe qu'une de ses voisines lui fait manger, car elle est paralysée et aveugle. A la troisième cuillerée, la voisine s'aperçoit qu'elle ne peut plus avaler. Cette femme, en effet, devient bientôt rouge, puis violette, elle fait quelques efforts comme pour vomir, a quelques faibles mouvements, quelques crispations du côté paralysé. Un instant elle semble se ranimer un peu, puis elle pâlit et finit par s'éteindre.

Autopsie. — Dans la trachée, à sa partie inférieure, à l'endroit où elle va se bifurquer, on remarque une bouillie blanchâtre, mousseuse, aérée, qui paraît provenir d'un potage; en suivant les bronches, on voit des deux côtés les ramifications bronchiques grosses et moyennes des deux tiers inférieurs remplies de la même matière alimentaire.

Le tissu du poumon paraît seulement gorgé de sang.

L'estomac est plein de matières alimentaires.

Une tumeur ayant le volume du poignet d'un enfant est intimement adhérente à la surface inférieure de la dure-mère, on reconnaît tout autour le feuillet pariétal de l'arachnoïde. Le cerveau, au niveau de cette tumeur, est déprimé et forme une fossette dans le lobe postérieur droit capable de loger un œuf de poule ; cependant la substance cérébrale n'a pas été envahie par le produit accidentel, mais a subi un ramollissement jaunâtre tout à fait général dans une zone de 2 à 3 centimètres tout autour de la tumeur.

Observation XXX.

(Durand-Fardel. Bulletin de la Société d'anatomie, 1837, p. 73).

Le nommé Murgeon (Léonard), 75 ans, entré à l'infirmerie de Bicêtre le 4 mai 1836, éprouve de la difficulté à avaler et à respirer; il s'exprime avec peine et peut difficilement se faire comprendre, voix nasonnée comme dans les polypes des fosses nasales.

L'intérieur de la bouche étant examiné, on trouve le voile du palais abaissé, formant un angle à peu près droit avec la voûte palatine, il est dur et ne se laisse pas déprimer par la pression qui est peu douloureuse. La muqueuse qui le recouvre est d'un rouge livide. De chaque côté du cou et de la face, on voit deux tumeurs volumineuses allongées de haut en bas, s'étendant de l'apophyse

zygomatique à la partie inférieure du cou, formées par des ganglions et les parotides engorgés. Elles sont dures, inégales, bosselées, insensibles au toucher.

Le malade est très-amaigri, face inquiète, la digestion, la respiration dans la poitrine se font bien, on diagnostique un polype squirrheux des fosses nasales et des parotides squirrheuses. Cependant la tumeur du voile du palais fait des progrès rapides, la déglutition est très-pénible, l'articulation des sons est tous les jours moins distincte, la respiration se fait avec la plus grande difficulté, les tumeurs du cou prennent un accroissement notable, l'amaigrissement augmente tous les jours.

Le 6 avril, le voile du palais fait un angle aigu en avant avec la voûte palatine et remplit ainsi presque toute la cavité de la bouche. La respiration est si difficile que la suffocation paraît imminente, la voix est éteinte, la déglutition des aliments solides est impossible, l'expression de la figure est pleine d'anxiété ; le pouls est petit, fréquent. Depuis quelques jours le malade crache comme des lambeaux de matière grise, avec des stries de sang d'une odeur infecte.

Mort le 9 avril.

Le sujet présente une grande maigreur ; sur le cou sont, de chaque côté, les tumeurs dont nous avons déjà parlé. L'arachnoïde contient un peu de sérosité, la pie-mère est infiltrée, cerveau sain. Une coupe verticale antéro-postérieure de la tête étant pratiquée, on voit une tumeur grosse comme deux fois un œuf de poule, occupant la cavité du pharynx. Cette tumeur est implantée sur le voile du palais, repoussée en avant, s'étend jusqu'à la paroi postérieure du pharynx, s'élève à peine au-dessus du niveau de l'orifice postérieur des fosses nasales ; en bas, elle descend en s'amincissant en forme de coin à une ou deux lignes au-dessus de l'épiglotte. Cette tumeur occupe donc le pharynx, remplit complètement et bouche les fosses nasales en arrière et intercepte toute communication entre elles et les voies alimentaires et aériennes. Le voile du palais, comme nous l'avons vu, fortement déjeté en avant, forme un angle aigu avec la voûte palatine ; il présente, en même temps, une courbure antérieure, de manière à former, en haut, un petit cul-de-sac avec la voûte palatine, et à s'appuyer, en bas, par son bord qui se recourbe, en arrière, sur le dos de la langue. De là quelques adhérences, en haut, au niveau du petit cul-de-sac, entre le voile du palais et la voûte palatine, et, en bas, et sur les côtés,

entre la voûte du palais et la face dorsale de la langue. La cavité buccale ne communique donc qu'avec peine avec celle de l'œsophage et du larynx, et le voile du palais, s'abaissant peu à peu, jusqu'à rejoindre la langue, avait fini par opposer au passage de l'air un obstacle insurmontable. Les amygdales avaient complètement disparu. Quant à la nature de cette tumeur, elle était evidemment squirrheuse ; il y avait déjà tendance au ramollissement dans quelques points.

Observation XXXI.

(Prise dans l'étude clinique et expérimentale dès embolies capillaires par Feltz, p. 18).

Cancer de la glande thyroïde.— Caillot cancéreux dans la jugulaire interne droite. — Cancer du poumon.

La nommée C... (D.), 59 ans, à peu près idiote, est à l'hôpital epuis l'âge de 16 ans. Depuis trois mois, elle avait été admise au service des maladies chroniques, elle se plaignait peu et ne paraissait pas souffrir. Elle présentait, sur le côté droit du cou, une tumeur qui ne paraissait pas la gêner, et dont elle ne pouvait préciser l'origine. On pensait à un goître. De temps en temps elle présentait quelques étouffements qui ne gênaient que momentanément la malade; bientôt les accès de dyspnée augmentaient, et la malade fut forcée de garder le lit depuis le 1er février dernier.

Elle présentait une grande gêne de la respiration, peinte, du reste, sur ses traits. Quand on lui demandait où elle souffrait, elle montrait le cou.

Dans la nuit du 4 au 5 février, l'interne de garde fut appelé ; il fit appliquer un vésicatoire sur cette région, car elle venait d'avoir un accès de suffocation d'une demi-heure de durée. Pas de toux, expectoration nulle. Le lendemain, à la visite, traces évidentes d'asphyxie, respiration très-difficile, lèvres bleues, extrémités froides cyanosées. La percussion donne un son assez clair ; à l'auscultation, rhoncus et sibilances; en arrière, à la percussion, submatité des deux côtés, râles fins à la partie inférieure. On prescrit 8 ventouses scarifiées et kermès 0,30 centigrammes.

La journée se passe sans accident, on n'a pas appliqué les ventouses.

Le 6. Nouvel accès de suffocation ; on ordonne 8 ventouses et 2 grammes d'ipéca en trois paquets.

Les vomissements déterminés par l'ipéca, produisent d'abord un bon effet, mais le mieux est de courte durée, de nouveaux accès apparaissent, et la malade meurt au milieu d'un accès le 8 février, à 5 heures du matin.

Autopsie. — La dissection de la région thyroïdienne montre une tumeur considérable du lobe droit de la glande thyroïde ; le lobe gauche est normal. La tumeur paraît de prime abord être le lobe droit hypertrophié, mais un examen plus attentif fait voir une dégénérescence complète. La tumeur présente, à sa surface, des bosselures qui se laissent déprimer avec le doigt. Quand on les incise, il sort un suc laiteux. Sur aucun point du néoplasme on ne retrouve du tissu glandulaire proprement dit, il est remplacé par des éléments cellulaires fusiformes.

Les veines thyroïdiennes supérieures et inférieures sont englobées dans la tumeur jusqu'au milieu de laquelle on peut les suivre en les disséquant avec soin. L'incision de la thyroïdienne inférieure fait voir que cette veine est en partie oblitérée par un tissu analogue à celui de la tumeur ; en suivant le caillot, on arrive jusqu'à la jugulaire, qui présente sur le milieu de son parcours cervical un renflement de l'épaisseur du pouce d'un adulte. Le sang passait encore dans la jugulaire, car le caillot n'adhérait qu'à la paroi postérieure de ce vaisseau, et ne descendait pas plus loin que l'espace sous-claviculaire. L'examen de l'artère pulmonaire nous apprend que dans deux des principales branches, il s'est formé des tumeurs qui oblitèrent complètement leur lumière; ces productions sont analogues à celles des tumeurs thyroïdienne et jugulaire. Dans les manifestations de troisième et quatrième ordre, nous trouvons encore du tissu cancéreux adhérent aux parois des vaisseaux; dans les divisions les plus petites enfin, nous constatons des fragments cancéreux libres.

A côté de ces tumeurs multiples du système circulatoire, on voit dans le poumon des noyaux cancéreux qui paraissent indépendants, ce sont des noyaux ayant contracté des adhérences avec les parois qui une fois détruites ont laissé le tissu nouveau végéter dans le parenchyme pulmonaire.

La dissection des veines pulmonaires fait voir que leurs radicules terminales renferment au niveau des masses cancéreuses des

coagulums qui sont également chargés de cellules cancéreuses. Sur quelques points les noyaux cancéreux du poumon avaient envahi la plèvre.

L'utérus offre deux tumeurs dures que le microscope classe dans les tumeurs fibreuses.

Rien ailleurs.

Ainsi donc mort par asphyxie produite par la gêne apportée à l'hématose par les embolies, amenant l'oblitération presque complète de certaines branches de l'artère pulmonaire.

Observation XXXII.

(Extraite de la Gazette hebdomadaire, 1866, p. 638. Clinique de Weber de Heidelberg.)

Tumeurs enchondromateuses périphériques, dyspnée, mort.

Homme robuste, de 25 ans, entra au mois de décembre 1864 à Heidelberg pour se faire soigner d'une tumeur qu'il portait à l'ischion. Il avait remarqué depuis dix ans que sur les os des extrémités inférieures s'étaient développées des excroissances dures, volumineuses, bosselées et qu'une tumeur analogue mais plus volumineuse s'était formée depuis quelques années sur l'omoplate gauche. La tumeur du bassin ne paraissait dater que d'un an; elle était bosselée d'une dureté cartilagineuse et avait acquis le volume de la tête d'un enfant ; la tubérosité ischiatique était perdue dans cette masse qui s'étendait postérieurement jusqu'à l'anus. Les ganglions de l'aine étaient fortement engorgés; le toucher rectal montrait que la cavité du petit bassin était en grande partie occupée par une tumeur peu constante. La tumeur du bassin se développa rapidement vers l'intérieur.

En juillet 1865 le malade eut de temps en temps des accès de dyspnée et mourut.

Autopsie. — Les os des extrémités supérieures et inférieures étaient garnis d'exostoses, elles étaient en grande partie recouvertes d'une couche de cartilage; sur le sternum et la plupart des côtes existaient également de petites tumeurs. L'omoplate gauche

portait à sa face interne une tumeur sessile d'un volume supérieur à celui du poing ; l'apophyse articulaire droite de la quatrième vertèbre lombaire portait également une tumeur enchondromateuse de la grossesse d'un œuf de poule.

Le petit bassin était en partie rempli par une agglomération colossale de tumeurs bosselées dont la masse principale remplaçait le côté gauche de son squelette osseux; la tumeur s'étendait en outre à travers la symphyse du pubis au pubis et à l'ischion du côté droit. Le bassin était si bien rempli par la production morbide qu'il ne restait qu'un passage très-étroit pour le rectum et l'urèthre.

La tumeur était formée en grande partie par du cartilage hyalin blanc, une autre partie par du cartilage gélatineux.

Les altérations des parties molles étaient plus intéressantes encore que celles du squelette. Des deux côtés des traînées de ganglions lymphatiques volumineux atteints de transformation cartilagineuse accompagnaient les gros vaisseaux pelviens. La veine iliaque contenait un thrombus d'un aspect laiteux constitué par du cartilage gélatineux s'étendant du côté de la périphérie dans la veine iliaque externe jusqu'au ligament de Poupart, où il avait le volume du petit doigt, tandis que dans l'iliaque primitive son volume égalait celui d'un œuf de pigeon. Il se prolongeait également dans les veines hypogastriques et ischiatiques gauches et se terminait inférieurement par une masse déchiquetée, ramollie, jaunâtre, d'aspect caséeux, il n'adhérait à la paroi des vaisseaux que par un petit nombre de points. Après l'avoir extrait du vaisseau on reconnut que la paroi postérieure de celui-ci était perforée en deux endroits distincts, et qu'à travers ces ouvertures le thrombus se continuait directement avec l'enchondrôme pelvien.

Cette thrombose cartilagineuse de la veine iliaque était devenue le point de départ d'un grand nombre d'embolies.

Au centre d'un caillot couenneux, du cœur droit, on trouve un embolus cartilagineux arrondi du volume d'un haricot. Les premières divisions de l'artère pulmonaire étaient libres, mais les branches de troisième ordre contenaient des embolies cartilagineuses à cheval sur leur éperon de bifurcation, il en existait aussi en grand nombre dans les rameaux plus fins qui étaient complètement oblitérés. Ces obstructions portaient principalement sur les vaisseaux des deux lobes inférieurs.

Au delà de ces embolies le parenchyme pulmonaire contenait un grand nombre d'infarctus de volume variable.

Le parenchyme du foie contenait également divers noyaux cartilagineux ; ces noyaux étaient situés autour des branches de la veine porte remplie de masses semblables.

Des parois des branches de l'artère pulmonaire on voit des vaisseaux très-fins pénétrant par bourgeonnement dans les embolies cartilagineuses ; celles-ci contractent ensuite des adhérences avec la tunique interne, puis perforent la paroi du vaisseau et se développent autour de lui ; ailleurs cette paroi semble subir une sorte d'infection par le contact de l'embolie, et il se forme des noyaux cartilagineux surtout dans les tuniques moyenne et adventice, tandis que l'épithélium qui se conserve le plus longtemps indique souvent la séparation qui existe entre ces noyaux et l'embolie.

Observation XXXIII.

(Hérard à Lariboisière, *in* Cruveilhier, *Anatomie pathologique.*)

.....On avait porté le diagnostic suivant : épanchement dans la plèvre droite, tuberculisation pulmonaire. Le 1er mars l'orthopnée étant extrême on avait pratiqué la thoracentèse qui avait donné issue à 2 litres 1/2 d'un liquide composé de sang presque pur dont le cruor se coagula presque immédiatement en un caillot volumineux. Le 7 mars la menace de suppuration oblige de nouveau à ponctionner la poitrine.

Affaiblissement extrême, mort le 16 mars.

A l'autopsie, la cavité de la plèvre contenait 1 litre 1/2 d'un liquide rougeâtre renfermant de volumineux caillots sanguins.

De grosses masses cancéreuses avaient envahi une grande partie du parenchyme pulmonaire, la plus volumineuse avait détruit la bronche droite. De petites masses arrondies du volume du noyau d'une cerise entourées d'ecchymoses et constituées par la masse cancéreuse faisaient saillie sur le feuillet pariétal de la plèvre.

Le poumon gauche contenait dans son lobe inférieur un petit noyau cancéreux non encore ramolli.

Le cancer avait envahi le cœur; la face supérieure et une partie de la face antérieure de l'oreillette gauche étaient transformées en tissu squirrheux; on trouva dans la cavité du ventricule gauche des débris cancéreux apportés là par la circulation.

Observation XXXIV.

(Thèse de Tripier, p. 96.)

Marie Maugin entre le 4 mars dans le service de M. Charcot.

Mère morte de cancer à 52 ans. Il y a un an, apparition d'une petite tumeur au niveau du sein gauche. Au bout de quatre mois augmentation de la tumeur, puis douleur continue très-vive le long du dos, s'irradiant jusqu'à la nuque. Un mois plus tard ces douleurs changent de place, les lombes sont envahies ainsi que les membres inférieurs, la malade est obligée de garder le lit.

Amaigrissement, teint jaune-paille; la tumeur est de la grosseur du poing; elle est très-douloureuse et commence à s'ulcérer. Les ganglions de l'aisselle sont engorgés. Les moindres mouvements provoquent des douleurs dans les lombes et les membres inférieurs.

Dans le courant d'avril douleurs spontanées dans le thorax et les épaules coïncidant avec une rémission complète dans les symptômes, des autres régions.

Au milieu de juin, point douloureux à droite, en même temps matité et souffle, décubitus impossible. La dyspnée augmente tous les jours, ce qui joint à l'épanchement devenu considérable nécessite la thoracentèse. Soulagement immédiat, mais la faiblesse est extrême, la langue est sèche et l'appétit nul.

Meurt 8 jours après.

Cancer des deux plèvres, gouttes de cire, de plus poumon droit affaissé, épanchement considérable.

Masses cancéreuses multiples dispersées sur les côtes qui sont devenus flexibles sur ces différents points.

Le foie présente de nombreuses cicatrices froncées et déprimées, analogues à celles de la syphilis, correspondantes à des tumeurs plus ou moins volumineuses situées dans le parenchyme.

Colonne vertébrale farcie de masses secondaires dont plusieurs font légèrement saillie dans l'intérieur du canal médullaire. Douzième dorsale et première lombaire complètement affaissées, moelle saine, plusieurs des nerfs qui étaient comprimés avaient une teinte rougeâtre mais ne paraissaient pas dégénérés.

Observation XXXV.

(Thèse de Carrera, p. 109.)

Homme entré le 4 décembre 1863 dans le service de Cazalis à la Maison de santé. Cet homme se plaignait d'avoir de la toux et d'éprouver des étouffements. Matité complète et absence de bruit respiratoire dans le côté gauche de la poitrine, décubitus de ce même côté. Mais ces signes locaux d'un épanchement pleurétique développés d'une manière insidieuse, n'étaient pas accompagnés des phénomènes généraux qui sont le cortége ordinaire des pleurésies, peu de réaction fébrile, appétit à peu près conservé, seulement les digestions étaient difficiles; il y avait une certaine déperdition des forces, et le malade très-pâle, fort anémié était affecté d'une polysarcie très-prononcée. Légère infiltration des jambes, difficultés pour uriner, pas d'albumine dans les urines. De plus il montre, mais en quelque sorte d'une manière accessoire, une tumeur énorme qui s'est développée lentement au devant de la cuisse et dont le début remonte à 18 mois. Elle s'étend depuis le pli de l'aine jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, elle est indolente mais gêne considérablement la marche par son poids. La masse qui, prise dans son ensemble, jouit d'une résistance élastique présente des inégalités de même consistance. Elle est mobile dans tous les sens, la peau qui la recouvre a conservé sa coloration normale. Les veines superficielles sont dilatées et se dessinent à travers les téguments.

Les symptômes thoraciques ne tardèrent pas à subir une aggravation notable, la dyspnée devint extrême, le décubitus impossible, les digestions plus pénibles, douleur au creux épigastrique, ballonnement du ventre, infiltration des membres inférieurs. L'affaissement fait tous les jours de nouveaux progrès et la mort arrive le 31 décembre après douze heures de délire.

Autopsie. — Tumeur de la cuisse indépendante du fémur, elle est formée par un tissu opaque blanc jaunâtre, de consistance assez ferme et élastique, ne donnant pas de suc laiteux, ni à la pression ni au raclage.

Dans la plèvre gauche traces d'une pleurésie hémorrhagique, l'ouverture du thorax a donné issue à une quantité considérable de liquide séro-sanguinolent. Le poumon de ce côté un peu revenu

sur lui-même et affaissé était fixé aux parois costales et diaphragmatiques par des fausses membranes épaisses et très-solides. Beaucoup de fibrine; le poumon droit était libre de toute adhérence.

On remarque que la surface des deux poumons est parsemée d'un grand nombre de tumeurs saillantes, dures, arrondies, d'une coloration blanchâtre dont le volume varie d'un grain de millet à une noix. La coloration du poumon autour de ces noyaux est normale. Toute l'étendue du parenchyme pulmonaire est comme formée des mêmes noyaux. La coupe permet de constater qu'ils sont semblables à la tumeur de la cuisse.

Observation XXXVI.

(Bulletin de la Société anatomique, année 1859, p. 107.)
Compression de la trachée par un cancer.

Le 18 janvier, est entré à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Hérard, une femme âgée de 59 ans. Depuis le mois d'avril 1858 cette malade a sur le côté droit du cou en dehors de la partie antérieure du muscle sterno-mastoïdien, un ganglion lymphatique engorgé et dur qui a le volume d'une cerise. Peu de temps après les ganglions du même côté se sont engorgés. Dysphagie. Depuis le mois de mai elle a renoncé aux aliments solides et ne prend plus que du vin, du lait, de la soupe; depuis quinze jours elle ne peut plus même avaler de soupe. Il y a environ un mois, de la gêne dans la respiration est venue se joindre à la dysphagie, et cette gêne va toujours en croissant, beaucoup plus grande la nuit que le jour.

Etat actuel. — Femme très-maigre, cet amaigrissement date seulement de quelques mois. La peau ne présente pas de coloration caractéristique. La dysphagie est telle qu'il y a impossibilité complète d'avaler les aliments solides et même à demi-consistants. La gêne de la respiration est aussi très-grande et porte surtout sur l'inspiration qui est longue et retentissante.

La voix n'est nullement modifiée. Si l'on palpe le cou on sent sur la partie latérale droite les ganglions dont nous avons déjà parlé, on sent également le corps thyroïde un peu volumineux, mais il n'existe pas de tumeur au devant de la partie antérieure des voies aériennes. L'auscultation de la poitrine fait entendre le murmure vésiculaire et le rétentissement du bruit trachéal. Rien

au cœur, l'appétit est conservé et la malade souffre souvent de la faim. Pas de fièvre. Dans la nuit du 25 au 26 janvier il survint un accès de suffocation qui dura depuis sept heures du soir jusqu'à une heure du matin.

La respiration est très-laborieuse, l'inspiration est longue, sifflante et s'entend à une grande distance. Les veines du cou sont gonflées, les lèvres bleuâtres, le visage pâle, il y a asphyxie. La voix étant conservée on en conclut que le rétrécissement siége au-dessous du larynx et que la trachéotomie serait inutile.

Des accès de suffocation surviennent tous les deux ou trois jours. La malade devient de plus en plus faible et succombe pendant un accès de suffocation.

A l'*autopsie,* on trouve un cancer de l'œsophage, les parois de ce canal sont constituées par un tissu blanc grisâtre très-dur et présentant une épaisseur de près de 1 centimètre. Ce cancer a une longueur d'environ 8 centimètres, il commence immédiatement au-dessous du bord inférieur du larynx. Le conduit œsophagien dans la partie située au-dessus du cancer ne présente pas de dilatation appréciable, mais au niveau du cancer le rétrécissement est tel qu'on introduit avec peine une sonde de femme.

La muqueuse de l'œsophage est ulcérée en plusieurs points.

Larynx normal.

Le calibre de la trachée est considérablement diminué. La paroi postérieure de ce conduit est repoussée en avant par le cancer œsophagien. Ce rétrécissement s'étend du premier au huitième anneau de la trachée, il est tellement prononcé qu'une sonde de femme ne peut passer qu'avec frottement. La muqueuse de la paroi postérieure de la trachée offre plusieurs ulcérations au niveau du rétrécissement.

§ VI. — *De la mort produite par des accidents nerveux.*

La mort chez ces individus est due encore ici à plusieurs mécanismes, tantôt elle surviendra par méningite, comme nous avons pu le voir dans notre observation XIII, tantôt elle sera le fait d'une compression cé-

rébrale, d'une congestion cérébrale, d'une hémorrhagie cérébrale.

Observation XXXVII.

(Observation de M. Dumas, Bulletin de la Société de chirurgie, 1858, p. 276.)

M. S..., 25 ans. En 1837, chagrins violents, plusieurs mois après douleurs pulsatiles dans la fosse temporale droite, soulèvement et distension graduelle de cette partie avec sensation d'élancements violents augmentant d'intensité par intervalles, pas plus la nuit que le jour. — Santé générale bonne, malgré ses douleurs, facultés intellectuelles parfaites, locomotion facile. Un mois après l'apparition de cette tumeur : iodure de potassium à l'intérieur, frictions sur la tempe avec l'iodure de mercure, l'onguent napolitain double et l'hydriodate de potasse.

Le 15 mars 1851, la tumeur avait 3 centimètres et demi à 4 centimètres de diamètre, retour des accidents qui avaient un peu disparu sous l'influence du traitement. La peau des membres inférieurs se couvre de petites ecchymoses isolées comme dans le scorbut, gencives saines, appétit bon, digestions faciles, plus tard, douleurs avec léger gonflement des secondes phalanges des doigts des mains près de leur articulation avec les phalangettes, flexion des doigts difficile et douloureuse. Mêmes phénomènes sur les deux rotules.

Pendant l'évolution de ces divers phénomènes, les élancements de la tempe sont plus rares et moins violents, les progrès de la tumeur paraissent plus lents ou suspendus. Plus tard, l'état général étant devenu meilleur et le volume augmentant, j'obtins du malade que nous réclamerions d'autres avis.

MM. Gerdy, Cloquet et Roux, sont consultés ; ils considèrent la tumeur comme une périostose.

Pendant plusieurs années, le mal est abandonné à lui-même, mais ses progrès, quoique lents, ne cessent pas. La tumeur bornée d'abord à la fosse temporale s'est étendue dans les parties voisines jusqu'aux arcades orbitaires et zygomatiques et jusqu'à la racine de l'oreille et la partie moyenne du temporal, en formant une bosse arrondie dure, peu douloureuse au toucher.

Le 4 septembre 1849, la tumeur avait horizontalement 7 centimètres et demi d'étendue, et en hauteur 6 centimètres.

Le 20 décembre 1853, fractures de l'olécrâne et du col du fémur du côté gauche, guérison au bout de deux mois. Pendant un an ou dix-huit mois, reprise de quelques travaux. Plus tard la vue du côté droit s'affaiblit, l'œil paraît plus gros ou plus saillant; mémoire plus faible, misanthropie augmente. Peu à peu la jambe droite devient plus faible et la marche plus difficile; toutefois, les deux bras conservent encore la même force et la liberté de leurs mouvements. Le malade n'accuse plus dans la tumeur d'élancements aussi violents, mais il se plaint de vertiges, d'étourdissements, et il fait plusieurs chutes.

Dès ce moment, plusieurs mois de 1857, le malade cesse de sortir seul, la faiblesse fait des progrès rapides, la mémoire diminue notablement, le jugement n'est pas aussi net. Malgré cette faiblesse de la jambe droite, les bras conservent la même force, appétit bon, digestions faciles, évacuations alvines régulières, mais il existe une incontinence d'urine complète. Malgré les troubles aussi graves, l'expression de la physionomie est bonne, teint frais, embonpoint convenable.

Tel était l'état de ce malade le 8 janvier 1858. Dans la nuit suivante, il survint tout à coup une congestion cérébrale très-violente avec perte de connaissance et contracture des membres. Le lendemain matin, je trouvai la figure très-rouge, le pouls vif et fréquent, l'intelligence et la sensibilité étaient complétement abolies, les deux bras fléchis sur le thorax et fortement contracturés, les deux mâchoires fortement serrées, la tête était inclinée à droite, et la déglutition était impossible. Douze sangsues derrière les oreilles et des sinapismes aux pieds procurèrent une amélioration notable ; mais, dans la soirée, les deux membres supérieurs tombèrent dans une résolution complète, la respiration devint stertoreuse et de plus en plus gênée, et le malade expira le jour suivant.

Extrait de l'autopsie. — La tumeur de la tempe est résistante et paraît fournie par le tissu de l'os hypertrophié, surface arrondie de la grosseur de la moitié d'une orange. La dure-mère ne présente rien de particulier. Divisé d'avant en arrière sur le lobe droit, le cerveau est trouvé parfaitement sain, mais présentait sur la surface externe une dépression très-notable, suivant une ligne

courbe dont la concavité correspond à la fosse temporale. En écartant légèrement le cerveau de la paroi latérale du crâne, on remarque dans la fosse temporale une tumeur rouge parfaitement lisse, ayant la grosseur de la moitié d'une orange, et couvrant par son bord inférieur presque toute la surface du rocher. Elle adhère par une base large aux parois du crâne, avec lesquelles elle paraît se confondre; mais sa surface lisse et arrondie est recouverte d'une membrane séreuse qui l'isole complètement des parois voisines..... Le cerveau ayant été soulevé et détaché d'avant en arrière, nous trouvons le nerf optique droit légèrement aplati et moins volumineux que celui du côté opposé, les ventricules contiennent une grande quantité de sérosité. La tumeur s'engageait profondément dans la scissure de Sylvius, en soulevant et en comprimant à la fois les deux tiers postérieurs du lobe antérieur sous lequel elle est logée, tandis que les deux tiers du lobe moyen comprimés par la partie du lobe inférieur, étaient fort amincis et comme atrophiés. Malgré la couleur violacée de la tumeur, le cerveau dans toutes les parties en contact, conservait sa couleur naturelle et était libre d'adhérences, son tissu, quoique comprimés, aminci ou atrophié, conservait également sa texture et sa consistance naturelles.

La structure de ces tumeurs a été examinée par Follin, qui n'y a trouvé que des éléments fibro-plastiques.

Dans cette observation la mort est donc due aux phénomènes de compression.

Observation XXXVIII.

(Clinique de M. le professeur Schützemberger.)

Klein, 22 ans, cordonnier, entré le 6 janvier.

Traité il y a huit mois pour une pneumonie, il est sorti guéri, mais toussant toujours. Depuis cette époque, il ne s'est jamais bien porté. Vue affaiblie, depuis quatre mois, lourd, paresseux, toujours envie de dormir ; depuis trois semaines, il dort sans cesse, il s'est aperçu qu'il n'avait plus de forces dans le bras gauche, il garde le lit depuis cette époque. Depuis huit jours, il traîne la jambe gauche, il a des urines involontaires. Le malade entend bien, il n'a ni perversion ni abolition du goût, déglutition facile.

Etat actuel. — Le malade dort sans cesse, réponses très-lentes difficiles, entrecoupées de bâillements, yeux fermés en parlant, très-laconique, réponses toujours affirmatives, subdélirium, se plaint d'un léger mal de tête, pupille gauche dilatée, la droite est contractée, bras gauche plus paresseux, plus lent que le bras droit, insensibilité non absolue ; jambe gauche plus faible que la droite, langue normale ; le malade vomit tout ce qu'il prend, pas de diarrhée, urines involontaires, pouls 54, température 35°.

Le 9. Même état, coma ; plus de vomissements, extrémités froides, selles et urines involontaires.

Le 17. Coma, grande agitation, délire. Ces symptômes augmentent jusqu'au 19, jour de la mort du malade.

Autopsie. — Veines cérébrales gorgées de sang; les deux ventricules latéraux sont distendus par de la sérosité. Le corps vitré droit est asymétrique, il fait saillie au delà de la ligne médiane refoulant le corps strié gauche ; on sent une fluctuation manifeste. A l'incision on trouve une tumeur sarcomateuse ulcérée.

Observation XXXIX.

(Bulletin de la Société anatomique, année 1867.)

Tumeur fibro-plastique de la dure-mère, ayant donné lieu à des accidents épileptiformes avec semi-hémiplégie. — Mort. — Autopsie. — Par M. Quinquaud, interne des hôpitaux.

B..,.. entre à l'infirmerie de la Salpêtrière, service de M. l'Abbé, le 18 avril 1867. Jusque-là, bien portante ; elle fut prise à l'âge de 63 ans de trois attaques épileptiformes. Lors de la première attaque, elle eut des vertiges, s'agita convulsivement sans écume à la bouche, il lui en resta une légère déviation de la commissure gauche avec un peu de faiblesse de ce côté du corps.—La deuxième attaque offrit les mêmes caractères que la précédente. — A la troisième, on vit s'ajouter une plus grande faiblesse du bras et de la jambe gauches. La marche devint difficile, l'intelligence baissa sensiblement, on vit de temps en temps survenir de véritables affaissements sans perte de connaissance et sans paralysie bien complète.

Le matin même du jour de son entrée, en se levant, elle est tombée sur le parquet et s'est fracturée le col du fémur droit. A partir du 19 avril, une eschare se développe à la région sacrée.

Le 29 l'eschare suppure, alors se montrent les accidents de l'infection putride, presque en même temps, B... éprouva un tremblement continuel des membres supérieurs avec claquement des dents sans refroidissement. L'agitation musculaire s'interrompt pendant une demi-heure pour recommencer ensuite. Cet état se continue même pendant la nuit jusqu'au 10 mai. C'est alors que la malade tombe dans un état adynamique qui persiste jusqu'à la fin.

Le 12, survient une rétention d'urine qui nécessite l'usage de la sonde jusqu'au 18, veille de la mort.

Autopsie le 20 mai. — La boîte crânienne est très-épaissie, au niveau du lobe occipital, la dure-mère est adhérente au pariétal. Au-dessous de la dure-mère on trouve une tumeur qui adhère à cette membrane dans l'étendue de la main par des ligaments celluleux et faciles à détruire. La tumeur, de même aspect que la tumeur grise cérébrale, paraît étalée sur les circonvolutions, et présente à son centre une dépression cupuliforme ; c'est par là qu'elle adhère à la dure-mère. Elle a 8 centimètres et demi de diamètre et siége sur les lobes droits, pariétal et occipital. Elle part de la scissure de Rolando, recouvre la marginale postérieure pour s'étendre à la face supérieure du cerveau, recouvrir le deuxième et le troisième étage du lobe occipital. D'un autre côté, elle adhère en dedans à la face du cerveau, en dehors, elle va jusqu'à la terminaison de la scissure de Sylvius.

A la coupe, cette tumeur a un aspect granulé dans toute son épaisseur, mais cet état est surtout marqué à la circonférence.

Les artères de la base du crâne présentent quelques plaques athéromateuses. A la coupe du tissu cérébral on ne trouve aucune lésion appréciable.

Les lobes inférieurs des deux poumons sont le siége d'une congestion hypostatique avec emphysème et dilatation des bronches.

Le foie et les reins ont subi un commencement de dégénérescence graisseuse, la rate est anormale, le fond de l'utérus est gorgé de sang.

Nous plaçons ici cette observation, quoique la mort reconnaisse pour cause la fracture du col du fémur et les accidents qui s'en sont suivis ; mais cette fracture reconnaît, elle, pour cause directe, l'hémiplégie du côté opposé à la tumeur.

Observation XL.

Dans le courant de 1860, M. Nélaton fit l'ablation d'un polype naso-pharyngien par la voie palatine, sur un jeune homme de 17 ans. Le malade mourut quelques mois plus tard de méningite, par suite de l'invasion de cette tumeur dans le crâne.

§ VII. — *De la mort par obstruction.*

Ce genre de mort arrive assez souvent, plus souvent qu'on ne pourrait le penser au premier abord, et donne lieu aux symptômes bien connus de l'obstruction intestinale; chaque fois donc que l'on se trouvera devant l'un de ces cas, on devra en rechercher la cause et penser au cancer.

Le point obstrué est variable; tous les points de l'intestin peuvent être le siége d'obstruction, soit que la cause siége en dehors de l'intestin, c'est-à-dire que l'intestin soit comprimé par une tumeur externe, soit que la cause du rétrécissement siége dans ses parois mêmes.

Observation XLI (personnelle).

Cancer du pancréas, obstruction intestinale.

P.-J..., (Augustin), 47 ans, entré le 24 juillet 1876, salle St-Eloi, service de M. Proust, hôpital St-Antoine. Souffrait depuis 5 ans de violentes coliques, éprouvait souvent de très-grandes difficultés pour aller à la selle; habituellement constipé. Bon appétit et bonnes digestions et doué d'un certain embonpoint. Depuis cinq jours il n'est pas allé à la selle et depuis deux jours il vomit tout ce qu'il prend.

Le malade a un facies abdominal très-prononcé, pâle, yeux excavés, bistrés, les ailes du nez dilatées, muqueuses fortement cyanosées; pouls rapide mais petit, 95 puls. La température des ex-

trémités est refroidie. Le malade a conservé son intelligence; langue grise, sale, bouche mauvaise, amère. Pas de frissons proprement dits, légère céphalalgie, douleurs abdominales insupportables, il ne peut supporter le poids de sa chemise, la plus légère pression le fait crier. La douleur existe dans tout l'abdomen, dans les deux fosses iliaques, surtout la droite. Diagnostic : obstruction intestinale, péritonite. On lui donne deux gouttes d'huile de croton à prendre dans une potion et des lavements purgatifs.

Le 26 juillet. Même état, le malade n'est pas allé à la selle et le facies abdominal est un peu plus accusé.

Mort le 27 à 8 heures du matin.

Autopsie 26 heures après. — Le péritoine pariétal, le péritoine viscéral, le mésentère sont tachetés en de nombreux endroits de noyaux cancéreux ressemblant à de la grasise. L'intestin est fortement congestionné par place. Le gros intestin, les côlons, l'intestin grêle sont sains, mais il n'en est pas de même du duodénum qui, au niveau de sa seconde courbure, est englobé complètement dans une masse cancéreuse occupant tout le pancréas et doublant le volume de cette glande. A ce niveau, les parois du duodénum sont complètement fondus avec le reste de la tumeur qui le comprime et empêche toute communication avec le reste de l'intestin. L'estomac est sain. Cœur mou et flasque, poumons sont le siége d'une congestion très-forte. Reins et foie gras.

Observation XLII.

Cancer du corps et du col de l'utérus.

(Par M. Weiss, interne des hôpitaux. Extraite du Progrès médical, 1876.)

Nog..., 50 ans, entrée le 8 mars dans le service de M. Guérin, pour divers accidents pouvant se rapporter dès l'abord à une affection utérine. Elle a cessé d'être réglée à 45 ans. Deux ans après, en 1873, elle avait eu assez brusquement des flueurs blanches abondantes, puis elle avait commencé à souffrir du ventre. Jamais de métrorrhagie.

A son entrée on constate l'état suivant : Amaigrissement considérable, teint jaune-paille caractéristique. Pas de fièvre, pouls assez fréquent, anorexie, pas de constipation, au contraire assez souvent de la diarrhée. Le toucher vaginal révèle l'existence d'une

tumeur arrivant jusqu'à l'entrée de la vulve et obstruant presque complètement le vagin, de telle sorte qu'il est impossible de reconnaître le siége du col utérin, de dire s'il est envahi par le néoplasme ou s'il constitue la tumeur; celle-ci était du reste dure, bosselée, on ne pouvait pas la contourner parce qu'elle paraissait absolument adhérente à la paroi antérieure du vagin. La palpation du ventre combinée avec le toucher vaginal ne permettait pas de sentir au-dessus du pubis une tumeur bien appréciable, du reste cette exploration était assez douloureuse. Le toucher rectal montre l'existence d'une tumeur dure remontant au delà des limites que le doigt peut atteindre et paraissant remplir toute l'excavation pelvienne. Cette tumeur paraissait absolument immobile malgré les mouvements que l'on cherchait à lui imprimer.

En présence de ces signes le diagnostic resta en suspens, l'idée d'une tumeur de mauvaise nature fut cependant parfaitement admise, quoiqu'il fût difficile de dire si elle avait son point de départ dans l'utérus ou dans les parois du bassin.

Les jours suivants l'état de la malade resta stationnaire, cependant elle s'amaigrissait de plus en plus. Mais vers le 10 avril les choses changèrent de face, la malade éprouva de vives douleurs dans le ventre, en même temps que celui-ci commençait à se ballonner et qu'une constipation opiniâtre se déclarait.

Quelques gaz cependant étaient encore rendus par l'anus. Pendant plusieurs jours cet état persista malgré l'emploi de purgatifs répétés. En présence de ces signes d'obstruction intestinale, on devait songer à établir un anus artificiel, mais la malade était tellement affaiblie qu'il était difficile de songer à une opération pareille et que l'on se contenta de lui donner des lavements, des urgatifs drastiques et à lui pratiquer l'insufflation du rectum. Rien ne put vaincre la constipation ni les vomissements qui s'étaient également montrés. Le ballonnement du ventre devint énorme, les douleurs très-vives; en même temps des eschares se produisaient au sacrum. La malade succomba le 7 mai.

Autopsie. — Les anses intestinales sont distendues d'une façon énorme, tuniques très-friables. Les organes du bassin sont enlevés avec le plus grand soin. On constate l'existence d'une tumeur ovoïde manifestement formée par l'utérus tout entier ; en effet en détachant de la tumeur toutes les anses intestinales qui ont contracté des adhérences avec elle, on retrouve les différents culs-de-sac qui normalement entourent l'utérus. Sur les parties latérales

de la tumeur, on trouve les ovaires englobés dans la masse du néoplasme et paraissant également altérés; les trompes sont dilatées et remplies d'un liquide purulent. En pratiquant une coupe antéro-postérieure de la tumeur, on constate que dans la partie supérieure, le tissu morbide à un aspect caséeux, il est très-ramolli et le doigt s'y enfonce avec la plus grande facilité. Le col utérin au contraire est déformé et constitué par une masse dure où l'état primitif du tissu morbide paraît s'être conservé. Le néoplasme s'est propagé à l'intestin au niveau de la partie supérieure du rectum, mais les tuniques extérieures seules sont envahies. La muqueuse est légèrement ecchymosée et ne présente pas d'autre altération; il y a là un véritable rétrécissement circulaire qui obstrue complètement le calibre de l'intestin. Indépendamment de ces lésions on constate l'existence de ganglions dégénérés sur les parties latérales du bassin, un peu en arrière et au-dessous du trou sous-pubien. On ne trouve en nul autre point du corps de dégénérescence de même nature.

L'examen microscopique fait par M. Longuet a montré que la tumeur était un carcinome proprement dit, mais un carcinome dégénéré, car dans la plus grande partie de la tumeur on constatait une transformation graisseuse de tous les éléments anatomiques. Au niveau du col seulement le tissu morbide conservait ses caractères primitifs, et on y constatait nettement l'existence de cellules cancéreuses.

§ VIII. — *De la mort par gangrène.*

La gangrène des tumeurs, dit Broca, est un phénomène beaucoup plus commun qu'on pourrait le croire si on se contentait de feuilleter les recueils d'observations. La gangrène totale est assez rare, il est vrai, mais la gangrène partielle est au contraire assez fréquente.

La gangrène partielle est souvent progressive, c'est-à-dire qu'elle s'étend successivement de proche en proche à des parties qu'elle avait primitivement respectées. Cette gangrène progressive peut se limiter dans l'épais-

seur même de la production accidentelle, mais quelquefois elle ne s'arrête qu'après avoir détruit toute la tumeur. Dans ce cas la chute de la tumeur peut mettre à nu un organe important et par là occasionner des accidents mortels.

Mais d'un autre côté l'ulcération qui ouvre une artère importante, qui occasionne ces hémorrhagies rapidement mortelles que nous avons signalées plus haut, n'est-elle pas une sorte de gangrène moléculaire qui, en désagrégeant les éléments histologiques, les rend aptes à être résorbés ou les fait rejeter en dehors?

Observation XLIII.

(Extraite du traité des tumeurs de Broca.)

Il s'agissait d'un épithélioma de la face, datant de 25 ans, et ayant détruit graduellement la moitié gauche de l'ouverture buccale, la plus grande partie du nez, toute la joue gauche ainsi que le maxillaire supérieur. L'œil était envahi mais n'était pas encore entièrement détruit. Le malade était menacé de vivre quelque temps encore dans cet état déplorable, car les progrès de son mal étaient extrêmement lents, lorsqu'un jour sans cause connue une inflammation gangréneuse s'empara des parois de l'ulcère, la masse qui remplissait l'orbite se détacha laissant une large ouverture au fond de laquelle on apercevait le cerveau.

Le malade mourut le lendemain.

A l'autopsie nous reconnûmes que la voûte orbitaire, l'os planum, la lame criblée de l'ethmoïde et la partie correspondante de la dure-mère avaient été depuis longtemps détruits et remplacés par l'épithélioma. La chute de la tumeur avait donc laissé sur la paroi du crâne une large ouverture et le lobe antérieur du cerveau mis à nu était déjà putréfié (Broca, p. 254).

CHAPITRE III.

DE LA MORT PAR ACCIDENTS A DISTANCE.

Nous nous sommes occupé jusqu'ici de la mort produite par des accidents généraux et par des accidents locaux, il est temps d'étudier un peu ce genre de mort. Sans doute les accidents à distance sont une cause de mort bien moins fréquente que ceux que nous venons de voir, sans doute, leur mécanisme est plus difficile à saisir, mais ils n'en sont pas moins intéressants pour cela. Et d'abord qu'entendons-nous par ces accidents à distance? Nous appellerons accidents à distance des accidents qui ne dépendent ni d'une cause générale, ni d'une cause locale, qui tiennent cependant l'une de l'autre, mais dont le mécanisme est l'inflammation. Ainsi une femme a un cancer du sein, il se progage aux muscles pectoraux, aux intercostaux, et arrive sous la plèvre qui est intacte et reste intacte, mais la présence de ces noyaux cancéreux l'irrite, l'enflamme, et la malade meurt de pleurésie. La pleurésie, ici, ne reconnaît ni une cause locale, noyaux cancéreux de la plèvre, ni non plus une cause générale.

Observation XLIV.

(Anatomie pathologique générale de Lebert, p. 328.)

F..., 43 ans, couturière, entre à l'hôpital en juin 1849 pour une tumeur du sein. Tout le sein gauche est induré, rougeâtre. Cette induration s'étend vers la clavicule, ganglions dans l'aisselle. A la fin de septembre le sein gauche est comme pétrifié, dur, sans dé-

formation. La dureté de l'organe s'étend de haut en bas, en dehors envahit l'aisselle, en avant elle envahit une partie du sein droit. Bras gauche infiltré considérablement. Ganglions dans l'aisselle droite, le cou, et la malade après un mois environ de suffocation continuelle finit par succomber.

On trouve à l'autopsie un épanchement considérable dans la plèvre gauche avec refoulement du poumon vers la colonne vertébrale.

Observation XLV.

(London médical. Gazette n° 21, 15 février 1840. Green.)

Philippe Proteau, 12 ans, depuis plus de six mois éprouvait des mouvements convulsifs dans le côté droit du corps, chaque accès était précédé de douleurs opiniâtres dans la tête et d'engourdissement dans le bras. Ces accès se reproduisaient à des époques assez rapprochées. A son entrée à l'hôpital il eut une éruption considérable de furoncles pendant la durée desquels l'affection nerveuse parut éprouver une véritable amélioration. Une fois que l'éruption eut cessé la maladie première reparut avec toute son intensité. Arrivé à cette époque, lorsque les accès devaient avoir lieu, apparaissait une violente céphalalgie qui durait deux à trois heures, le bras droit s'engourdissait progressivement, puis le malade éprouvait la sensation d'un corps quelconque qui se dirigeait vers le dos et la poitrine, et aussitôt après les muscles de la face, du bras et du thorax entraient en convulsion. Cet état pouvait durer deux ou trois minutes et cessait entièrement; pendant l'existence de ces accidents le malade ne perdait pas connaissance et n'offrait en rien les phénomènes épileptiques; il entendait et comprenait fort bien les questions qui lui étaient adressées, et, s'il n'y répondait pas clairement, cela tenait à la difficulté qu'il éprouvait d'articuler les sons. Cet état dura à peu près deux ans avec des rémissions. Tout à coup le 17 mars 1834, le malade fut pris de coma, de contraction des muscles. Une large saignée lui fut pratiquée sans produire la moindre amélioration.

Le 19 la face est gonflée, les lèvres sont pâles, le coma persiste toujours, l'œil droit est fortement convulsé, sa pupille est très-contractée, celle de l'œil gauche est dilatée au contraire. Les membres sont contractés, la contracture est plus évidente à gauche qu'à droite, sensibilité diminuée, pouls petit, régulier, respiration

régulière, langue normale, absence de nausées et de vomissements, abdomen aplati, constipation opiniâtre, depuis plusieurs jours le soir délire, cris plaintifs.

Le 20. Même état.

Le 21. Peau chaude, pouls à 144, 20 inspirations, contraction permanente du bras droit, délire par intervalle.

Le 22. La contraction du bras droit persiste, sommeil et délire alternatifs pendant la nuit, pouls à 132, vue abolie du côté droit.

Le 23. Contraction du bras diminuée, le malade ne peut parler ni répondre convenablement aux questions qu'on lui adresse.

Le 24 et 25. Légère amélioration.

Le 26. Retour du délire, plus tard coma, respiration stertoreuse, abolition de la sensibilité et de la motilité; strabisme.

Mort le 30.

Autopsie. — On trouve la dure-mère fortement adhérente aux autres membranes du cerveau dans l'étendue de 2 pouces environ. La substance cérébrale du lobe moyen gauche est occupée par une masse de matière analogue à cette variété de tissu cancéreux qu'on a nommée matière cérébriforme. Cette masse est isolée par une espèce de poche membraneuse et renferme plusieurs foyers sanguins, elle pénètre jusqu'au ventricule latéral. Le corps strié de ce côté est entièrement détruit, tout autour de la tumeur le tissu cérébral est très-ramolli.

Rien d'intéressant dans les autres organes.

Observation XLVI.

(Due à mon ami M. Richard, interne de M. Brouardel. Autopsie faite par moi.)

Clairet (Clémentine), 39 ans, entre le 12 mai 1876 à Saint-Antoine.

Bonne santé antérieure.

A reçu un coup sur le sein gauche au mois d'octobre 1874. Huit jours après, une petite tumeur de la grosseur d'une noix se développa au niveau de la contusion, en même temps engorgement des ganglions de l'aisselle.

Au mois d'octobre 1875 la tumeur s'ulcéra, à la même époque la malade ressentit des engourdissements, des fourmillements passagers dans le pied droit.

Un mois après forte grippe à la suite de laquelle un érysipèle se développa autour de l'ulcère du sein.

A la même époque la malade a commencé à éprouver de la raideur dans l'articulation coxo-fémorale, et elle s'est aperçue du développement de ganglions dans l'aine. Peu après elle a eu une sciatique qui l'a empêchée de marcher (ceci peut s'expliquer par une généralisation à la colonne lombaire, paraplégie douloureuse des cancéreux), suivie bientôt d'atrophie du membre inférieur droit.

Au mois de février 1876, elle est entrée à la Charité oú elle est restée quinze jours dans le service de M. Trélat. Elle a quitté la Charité pour aller au Vésinet, où elle a eu de nouveau un érysipèle, toujours autour de l'ulcération du sein.

Depuis le commencement de février la malade a eu des accidents thoraciques; elle tousse par quintes assez fréquentes et prolongées. Pendant son séjour au Vésinet et à la suite de l'érysipèle, il s'est développé une névralgie intercostale assez interne. En sortant du Vésinet, la malade est entrée dans le service de M. Sée, à la Maison de santé où elle est restée six semaines. Au bout de ce temps, la malade se trouvait mieux, la névralgie intercostale avait beaucoup diminué.

Des raisons pécuniaires obligent la malade à quitter la Maison de santé, et elle entre à l'hôpital Saint-Antoine le 12 mai.

Depuis le mois de décembre n'a pas eu ses règles, chaque époque est annoncée par de vives douleurs de bas-ventre.

Bonne digestion, pas de diarrhée, plutôt de la constipation.

20 août. Depuis son entrée jusqu'au 20 août, la malade est allée s'affaiblissant de plus en plus; l'amaigrissement a fait des progrès et la respiration est de plus en plus gênée. — Râles humides très-nombreux, cornage qu'on attribue à une compression de la trachée par des ganglions carcinomateux.

Apparition d'une phlegmatia alba dolens dans l'avant-bras gauche.

Le 21. Phlegmatia alba dolens dans le membre inférieur droit.

Le 30. Muguet.

20 septembre. Du 30 août au 20 septembre la malade est allée s'affaiblissant, la voix aussi s'affaissait de plus en plus, le 20 on ne pouvait à peine l'entendre, le soir elle ne pouvait plus parler, mais elle écrivait encore ce qu'elle voulait dire; l'intelligence est restée complète jusqu'à la fin. Teinte cyanosée très-prononcée, les dernières heures avant la mort.

Voici quelques renseignements que j'ai recueillis quelques jours avant sa mort et qui complètent cette courte observation :

Depuis l'automne dernier, elle toussait beaucoup, avait eu plusieurs hémoptysies et avait tous les signes d'une phtisie déjà assez avancée. Elle ne pouvait plus parler.

Autopsie. — Le cadavre est arrivé à la dernière période d'émaciation, teinte jaune-paille caractéristique. Le sein gauche est complétement détruit, à sa place est un ulcère sanieux, qui nous montre le grand pectoral mis à nu. Les bords de cet ulcère, indurés, décollés, sont taillés à pic. — Le grand pectoral est envahi par le néoplasme, de même que le tissu cellulaire sous-jacent qui est épaissi, infiltré et très-adhérent aux côtes. Les ganglions de l'aisselle de ce côté sont engorgés ainsi que ceux de l'aisselle droite ; le sein droit lui-même est le siége d'un squirrhe non ulcéré.

Les poumons adhèrent fortement à la plèvre pariétale par des membranes de nouvelle formation et au diaphragme, surtout du côté gauche. — Epanchement séreux dans les deux plèvres.

Sur le lobe moyen du poumon gauche, on remarque sur la plèvre de petites plaques cancéreuses de la grosseur d'une lentille environ. Les sommets du poumon sont criblés de tubercules miliaires et de cavernes. Quelques-unes ont la grosseur d'une noisette. Les ganglions bronchiques très-engorgés, très-durs, sont manifestement le siége d'une généralisation cancéreuse et compriment le pneumogastrique.

25 à 30 grammes de liquide citrin dans le péricarde. Sur la face interne du péricarde à droite, on remarque une plaque cancéreuse ; au même niveau, à peu près sur le ventricule droit, existe une plaque semblable.

Cœur sain, un peu mou.

Le foie de volume normal est tacheté de très-nombreux noyaux cancéreux, dont les plus petits ont le volume d'une lentille, et les plus gros celui d'une petite noisette. Quelques-uns de ces points s'étendent en profondeur, mais la plupart sont superficiels ; on en trouve aussi, mais en grand nombre, dans l'intérieur de la glande elle-même. Le reste de l'organe a subi la dégénérescence graisseuse.

Rate normale, pancréas sain, reins un peu pâles, surtout le gauche. Quelques noyaux cancéreux dans l'épiploon et sur le mésentère.

Les ovaires ont subi la dégénérescence cancéreuse, ils ont la forme de choux-fleurs, le tissu glandulaire a complétement disparu, il est remplacé par le tissu morbide. — Les trompes de Fallope sont saines.

Le corps de l'utérus a presque doublé de volume, il est dur, bosselé; la cavité utérine a disparu, on la retrouve au niveau du col qui, du reste, est parfaitement sain.

La vessie et le rectum sont sains.

Rien dans la veine cave ni dans la veine porte.

La colonne vertébrale n'a pas échappé à la propagation; on trouve les six dernières dorsales et les premières lombaires dénudées en certains endroits. Ces vertèbres sont très-ramollies; la coupe montre le tissu osseux détruit par places et infiltré de pus blanchâtre de consistance épaisse. — Pas de déformation du reste; la moelle est saine.

RÉSUMÉ.

Le cancer est toujours mortel. Jamais on n'a observé un cas de guérison de cancer.

La mort, chez les cancéreux, arrive causée par des accidents généraux, par des accidents locaux, par des accidents à distance.

A. — Les accidents généraux qui entraînent la mort sont : 1° cachexie, 2° généralisation, 3° intoxication.

Nous avons divisé la cachexie en :

a. — Cachexie produite par un mauvais état général dû à l'infection de l'économie par le cancer;

b. — Cachexie famélique, beaucoup plus rapide que la cachexie simple, due à la gêne apportée à la libre arrivée des aliments dans l'estomac, ou

de leur passage de l'estomac dans le duodénum;

c. — Cachexie hectique, due à de petites pertes sanguines répétées très-souvent, à l'abondance de la suppuration d'ulcères cancéreux.

La généralisation entraîne la mort des cancéreux de six manières différentes :

1° Par cachexie rapide due à des lésions diverses ;

2° Par pleurésie ; et nous ferons remarquer que cette terminaison est très-fréquente dans les cas de cancer de l'utérus ;

3° Par péritonite ;

4° Par gêne de la respiration et de l'hématose, par une généralisation rapide et multiple de tumeurs secondaires plus ou moins nombreuses, plus ou moins volumineuses ;

5° Par accidents nerveux divers ;

6° Enfin elle arrive subitement dans les cas d'envahissement du système artériel et d'embolie de l'artère pulmonaire.

La mort par intoxication est le fait 1° d'une altération particulière du sang qui nous est inconnue, et qui lui donne une grande tendance aux hémorrhagies ; 2° de la présence d'un excès d'urée dans le sang, ce qui détermine l'urémie.

B. — Les accidents locaux qui entraînent la mort sont au nombre de cinq ; ce sont :

1° Mort par asphyxie,

2° Mort par hémorrhagie,

3° Mort par accidents nerveux graves,

4° Mort par obstruction intestinale,

5° Mort par gangrène.

C. — La mort produite par des accidents à distance est toujours le fait d'une inflammation.

Nous ne nous sommes pas occupé de la mort chez les cancéreux, suite d'opérations chirurgicales, ou suite de maladies intercurrentes, leur étude ne rentrant pas dans le cadre que nous nous étions tracé.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et Histologie normales. — Articulations du pied.

Physiologie. — De la déglutition.

Physique. — Electricité atmosphérique. — Lésions produites par la foudre. Paratonnerre.

Chimie. — Des oxydes d'étain, de bismuth, d'antimoine. Leur préparation. Caractères distinctifs de leur dissolution.

Histoire naturelle. — Des Hirudinées. Leurs caractères généraux. Leur classification. Des sangsues; décrire les diverses espèces de sangsues.

Pathologie externe. — Du glaucome.

Pathologie interne. — Des accidents qui se rattachent à la dentition.

Pathologie générale. — De l'intermittence dans les maladies.

Anatomie et Histologie pathologiques. — De l'hypertrophie du cœur.

Médecine opératoire. — De la valeur des amputations de Chopart, de Syme, de Pirogoff, sous-astragalienne et sus-malléolaire, sous le rapport de l'utilité consécutive du membre.

Pharmacologie. — De la glycérine considérée comme dissolvant, caractères de sa pureté. Des glycérolés, comment les répare-t-on ?

Thérapeutique.— Des indications de la médication vomitive.

Hygiène. — Des bains.

Médecine légale. — Est-il indispensable pour affirmer qu'il y a eu empoisonnement, que la substance toxique ait été isolée ?

Acouchements. —De la rupture prématurée des membranes.

Vu : le président de la Thèse,
VERNEUIL.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
A. MOURIER